

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 juillet 2015

Composition : M. MERZ, président
MM. Küng et Berthoud, assesseurs
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

X._____, à [...], recourant, représenté par Me Anne-Louise Gillieron,
avocate, à Yverdon-les-Bains

et

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

Art. 6, 7, 8, 16, 17, 43 et 44 LPGA ; art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. a) X. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant de Bosnie-Herzégovine né en 1967, en Suisse depuis 1997 avec en dernier lieu un permis F (admission provisoire), a travaillé en Suisse comme ouvrier sur les chantiers et dans une usine métallurgique. Auparavant, il avait exercé différentes fonctions auprès de la Fondation J. _____ (devenue l'Etablissement U. _____ dès 2008). Son dernier employeur a résilié le contrat de travail avec effet au 30 avril 2007. Dans son pays d'origine, il avait bénéficié d'un stage d'aide-électricien.

L'assuré a déposé, en date du 17 octobre 2007, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant comme atteinte principale à la santé une « lombosciatalgie » depuis avril 2006. Son médecin traitant depuis 1998 était le Dr B. _____, spécialiste en médecine interne et allergologie.

Etaient joints à cette demande deux documents médicaux. Selon le premier document, à savoir un certificat médical du Dr B. _____ du 30 avril 2007, « l'incapacité de travail [était] de 0% » dès mai 2007 dans une activité adaptée avec un port de charge limité. Le second document consistait en un courrier adressé le 27 juin 2007 par la Dresse C. _____, spécialiste en radiologie, au Dr B. _____, concernant une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire de la veille. Elle concluait à une « protrusion discale à base large associée à une arthrose postérieure en L4-L5, le tout rétrécissant de façon localisée le calibre du canal spinal et en moindre mesure les foramina inter-vertébraux de chaque côté de façon symétrique ». Il y était de plus retenu une « petite fissure annulaire médiane para-médiane gauche en L5-S1 qui [était] probablement la trace de l'ancienne hernie diagnostiquée en juillet 2006 [...] toujours en contact avec l'émergence de la racine nerveuse S1 gauche apparemment sans symptôme clinique secondaire. »

b) Dans un rapport médical rédigé le 5 décembre 2007 par le Dr B._____ sur un formulaire spécifique à l'attention de l'OAI, ce médecin a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de « douleurs dorso-lombaires chroniques » depuis fin avril 2006 et « troubles de la personnalité et probable état dépressif » depuis 2001 au moins. L'incapacité de travail dans l'activité exercée en dernier lieu avait été de 100% du 9 au 12 mai 2006 et du 18 août 2006 au 28 novembre 2006, puis de 50% du 29 novembre 2006 au 31 décembre 2006, de 25% du 1^{er} janvier 2007 au 26 février 2007, puis à nouveau de 100% dès le 27 février 2007 sur le long terme. Selon lui, l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible. L'état de santé s'aggravait et la capacité de travail ne pouvait être améliorée par des mesures médicales. Un examen médical complémentaire était nécessaire. Le médecin ne s'est pas prononcé sur les questions ayant trait à une éventuelle réinsertion professionnelle et sur l'exigibilité d'une autre activité. Il a uniquement envisagé une diminution du rendement « difficile à évaluer », mais probablement d'au moins 50%. En outre, le médecin a relaté notamment ce qui suit :

«[...] 3. Anamnèse : [L'assuré] est originaire de Bosnie, arrivé en Suisse en décembre 1997, il ne parle pratiquement pas notre langue [...] Électricien de formation, il aurait joui d'une bonne santé dans son pays ; sa santé se serait dégradée constamment depuis son arrivée en Suisse. De 2001 à 2006, il m'a consulté à plusieurs reprises en raison de problèmes d'ordre psychologique ou psychiatrique, en particulier une irritabilité très importante, une explosivité dans ses relations familiales, des troubles du sommeil. Il a consulté à quelques reprises l'Fondation E._____ et son psychologue avec lesquels il s'est fâché. Il a nécessité des traitements de Truxal jusqu'à 100 à 150 mg/jour par périodes. [...] Depuis avril 2006, à la suite du port d'une charge particulièrement lourde à son travail, il se plaint de dorso-lombalgies. Par la suite l'apparition d'un état subfébrile et la découverte d'une anémie ont fait suspecter une pathologie inflammatoire. Le diagnostic d'hémoglobinopathie de Lepore a été retenu. Différents conciliums ont permis d'écartier une arthrite inflammatoire. Toutes les tentatives de traitement antalgique ont échoué [...] En dernier recours, le patient a été adressé à la consultation de la douleur de l'hôpital [...], mais il a refusé des infiltrations par crainte de complications.

4. Plaintes subjectives : [L'assuré] se plaint de dorso-lombalgies irradiant dans les deux membres inférieurs, prédominant à droite. Les douleurs sont décrites comme insupportables, l'obligeant à changer très fréquemment de position. Il est irritable, dort mal,

récemment s'est montré indirectement violent en cassant des jouets des enfants, ainsi qu'en brisant la play-station à la suite d'une contrariété mineure.

5. Constatations objectives : Patient mesurant 173 cm, poids 58.5 kg [...] Le patient semble tendu, nerveux, bougeant fréquemment sur sa chaise. Il se lève brutalement, puis pleure. Lorsqu'il marche il boite et se tient la région lombaire, la fesse droite. L'auscultation pulmonaire est physiologique. Les artères périphériques sont palpables, l'auscultation cardiaque est normale. Palpation abdominale sensible au creux gastrique. Au plan ostéo-articulaire, je note une cyphose dorsale, un effacement de la lordose lombaire. La distance doigt-sol n'est pas mesurable en raison des douleurs décrites par le patient. Il existe une hyperalgie à l'effleurement au niveau de pratiquement toutes les épines lombaires. Les réflexes ostéo-tendineux sont présents et symétriques au niveau rotulien, absents au niveau achilléen des deux côtés. Il existe un point de Valleix douloureux à droite et un signe de Lasègue positif à 70 degrés à droite, positif à 100 degrés à gauche. [...]»

Le B._____ a annexé à son rapport divers documents médicaux dont un courrier du Dr D._____, spécialiste en radiologie, adressé à son attention le 22 mai 2006, relatif à un examen de la colonne lombaire du 19 mai 2006. Ce dernier médecin a souligné ce qui suit :

« [...] Ostéopénie diffuse. Importante rectitude avec perte de la lordose lombaire physiologique. La hauteur des corps vertébraux ainsi que les espaces intersomatiques sont conservés. Aspect normal et symétrique des 2 articulations sacro-iliaques.

Conclusions :

Pas de signe radiologique évocateur d'une sacro-illite.

Déminéralisation osseuse diffuse, à intégrer dans le contexte clinique. [...] »

Etait également produite une lettre que le Dr F._____, spécialiste en neurochirurgie, a envoyée le 29 août 2007 au Dr B._____ et dans lequel sont notamment exposés les éléments ci-dessous :

« [...] Sur le plan objectif, présence chez ce patient de constitution longiligne et à la musculature peu développée, d'une importante scoliose dorsolombaire en « S » s'accroissant à l'antéflexion du tronc et s'accompagnant d'une tendance à l'antéflexion lombaire, ainsi qu'à l'hypercyphose dorsale haute. Contractures paravertébrales d'accompagnement, dorsales gauches et lombaires droites. Latéroflexions lombaires douloureuses, à prédominance droite. Distance doigt-sol de 24 cm pour un Schober lombaire de 10/13 cm. Tonicité fessière symétrique, points de Valleix fessier accusé comme douloureux des deux côtés, à prédominance droite. Manœuvre de Lasègue uniquement positive vers 80° à droite (patient arrivant

parfaitement à s'asseoir les jambes tendues !), négative à gauche. Bragard absent. Réflexes rotuliens symétrique à la manœuvre de Jendrasssek, hyporéflexie achilléenne bilatérale. Hypoesthésie diffuse et mal systématisée du membre inférieur droit, semblant néanmoins prédominer distalement au niveau des dermatomes L5 et S1 droites. Se déplace au ralenti, de façon quelque peu démonstrative, alors qu'il arrive, avec stimulation, à se tenir symétriquement sur les pointes et les talons (petit lâchage antalgique sur la pointe à droite, mais douleurs plus importantes selon le patient sur le talon du même côté). Pas de parésie réelle objectivable dans les différents groupes musculaires examinés, tant proximale que distale. Genuflexion symétrique, mais nécessitant un appui en remontée, à prédominance droite.

Le récent examen IRM lombaire de contrôle [réd. : du 26 juin 2007 ; cf. rapport précité de la Dresse C. _____ du 27 juin 2007] démontre la présence de dessiccation débutante des deux derniers disques intervertébraux lombaires, avec protrusion non significative médiane et latérale L4-L5 droite, ainsi qu'également inchangé par rapport à l'ancien examen radiologique L5-S1 gauche. Tendance à la sténose canalaire sur hypertrophie ostéo-ligamentaire bilatérale d'origine dégénérative au niveau L4-L5 des deux côtés.

Appréciation : Il existe des troubles statiques indéniables dorsolombaires chez [l'assuré], mais les éléments objectifs, tant cliniques radiculaires que neuroradiologiques, ne justifient pas une éventuelle intervention neurochirurgicale décompressive, tant des discopathies modérées décrites que de la sténose canalaire rachidienne débutante L4-L5. J'ai bien expliqué au patient et à son épouse, qu'un acte chirurgical ne changerait probablement en rien la situation présente et que la poursuite de traitements conservateurs était justifiée. Je pense que ce patient devrait être présenté au centre d'antalgie de l'hôpital [...], pour infiltrations dirigées, alors que la reprise d'une rééducation douce [...] doit entrer en ligne de compte, de même que le port d'une ceinture de soutien lombaire à titre antalgique et de correction partielle des troubles statiques.

La situation restera certainement difficile chez ce patient, au vu de la longue histoire présente, d'une chronification certaine partielle des symptômes avec par ailleurs surcharge probable partielle, dans le cadre d'un état de labilité psychoaffective. »

Le Dr B. _____ a aussi joint un courrier que la Dresse P. _____, médecin-chef au Service d'antalgie des Etablissements hospitaliers G. _____, lui avait adressé le 15 octobre 2007. Celle-ci a notamment indiqué :

« [...] Indéniablement, le patient présente un syndrome lombovertébral avec un syndrome radiculaire à droite qui ne trouvent pas leur explication dans l'IRM lombaire. Certes, il existe des troubles de la statique rachidienne avec probable participation de l'articulation sacro-iliaque droite.

Au vu des importantes douleurs radiculaires, je lui ai donc proposé de pratiquer une, voire deux périurales cortisonées et, selon les résultats de procéder à des infiltrations de la sacro-iliaque droite. Le patient, malgré les explications fournies, s'est montré très opposé à l'idée des infiltrations et aurait souhaité une prescription de médicaments contre les douleurs. Au vu de ma réticence, il a préféré renoncer à toute prise en charge antalgique interventionnelle. [...] »

c) A la demande de l'OAI, la Dresse H. _____, spécialiste en rhumatologie auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a procédé le 2 juillet 2008 à un examen clinique rhumatologique de l'assuré et rendu son rapport le 16 juillet 2008. Elle a posé, comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, un « syndrome lombovertébral modéré avec irradiations pseudo-radiculaires plus marquées à droite dans le cadre d'un trouble statique et d'une discopathie protrusive non compressive L4-L5 », ainsi qu'une « fissure de l'annulaire L5-S1 paramédiane gauche en contact avec la racine S1 (M51.3). » La capacité de travail exigible dans l'activité habituelle était nulle, mais s'élevait à 85% dans une activité adaptée depuis janvier 2007. On peut citer les extraits suivants de l'appréciation du cas communiquée par la Dresse H. _____ dans ledit rapport :

« [...] Lors de l'examen de ce jour, on est en face d'un homme maigre avec un BMI [réf. : indice de masse corporelle] de 18.5, mais en bon état général. Pendant l'entretien et l'examen il se montre irritable, à 2 reprises il a failli se rhabiller et partir. L'examen de la médecine interne générale est dans les limites de la norme si l'on fait abstraction des douleurs diffuses abdominales à la palpation, sans organomégalie, ni résistance.

Le status ostéo-articulaire montre un trouble de la statique rachidienne avec dos plat et antéposition du tronc en position debout. La mobilité cervico-dorsale est complète, douloureuse dans toutes les directions. La mobilité lombaire active est très restreinte, l'assuré soulignant qu'il ne peut pas faire ces mouvements car il a trop mal. On note une extension de 10°, une distance doigts-sol de 45 cm, une distance doigts-orteils en position assise de 18 cm et des index de Schober de 30/31 cm, respectivement 10/12.5 cm. La musculature cervico-scapulaire est souple, la musculature paravertébrale lombaire un peu contracturée, surtout à droite, pas spécifiquement douloureuse car tout le rachis et la région paravertébrale fait mal, les apophyses épineuses déjà à l'effleurement. Au niveau cervical, les masses latérales sont douloureuses d'une façon diffuse.

Toutes les grandes articulations périphériques sont bien mobiles d'une façon passive et active. La mobilisation des hanches provoque

des douleurs locales à gauche, dans le dos et sur toute la jambe droite. La mobilisation des bras provoque également des douleurs au bas du dos. Il n'y a pas de signe clinique pour une atteinte de la coiffe des rotateurs, une maladie inflammatoire ou dégénérative articulaire. Les genoux sont calmes, les ligaments stables, le signe de Zohlen légèrement positif à droite, à gauche cette manœuvre provoque des douleurs au mollet. On trouve des douleurs à la palpation de l'insertion du levateur de l'omoplate et du deltoïde, des apophyses coracoïdes et de la musculature latérale et interne de la cuisse et de la fesse droite. Sur le plan fonctionnel, l'assuré arrive à marcher sur les talons et les pointes des pieds, la première manœuvre provoque des douleurs, il peut s'accroupir et s'agenouiller complètement, toujours avec des douleurs au dos, il se relève en s'appuyant sur le membre inférieur droit.

Le status neurologique fait découvrir un léger trouble de la sensibilité superficielle de la face interne du genou et du côté latéral du pied droit, n'entrant pas dans un dermatome radicaire. Les reflexes ostéotendineux sont faibles mais symétriques. Le Lasègue est négatif ddc [réd. : des deux côtés], provoquant à droite des douleurs partout et à gauche dans le mollet. La musculature est relativement bien développée, il n'y a pas d'amyotrophie visible. 3/5 signes comportementaux sont présents.

Au dossier radiologique il n'y a qu'une IRM lombaire de 2007 qui met en évidence une discopathie débutante à modérée protrusive L4-L5 avec spondylarthrose ainsi qu'une petite fissure annulaire médiane-paramédiane gauche en L5-S1 en contact avec l'émergence de la racine S1 gauche.

En résumé, cet assuré présente des dorso-lombosciatalgies bilatérales plus marquées à droite, dans le cadre d'un trouble statique et dégénératif avec une ancienne hernie discale L5-S1 en contact avec l'émergence de la racine S1 gauche. L'assuré présente une autolimitation importante et il y a une nette discordance entre le handicap allégué et les données cliniques, notamment radiologiques où la probable irritation radicaire est située du côté gauche tandis que l'assuré a surtout mal à droite. L'atteinte objective contre-indique tout travail lourd sollicitant le rachis, mais dans une activité adaptée aux limitations ostéo-articulaires, la capacité de travail est entière.

Pendant l'examen, on est frappé par une irritabilité majeure et un comportement par moment agressif, l'assuré n'est pas collaborant, il ne paraît pas vraiment impliqué, a tout délégué à sa femme, même la gestion de ses médicaments. Il fait allusion à un séjour dans un camp de concentration en ex-Yougoslavie, et une évaluation psychiatrique me paraît indiquée.

Les limitations fonctionnelles

Il faut éviter une position statique prolongée assise, debout, en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux. L'assuré ne peut pas travailler à la chaîne ni sur machine vibrante. Le port de charge est limité à 10 kg occasionnellement.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Depuis le 18.08.2006, selon le médecin traitant (depuis le 05.09.2006 selon l'employeur).

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

100% du 18.08.-28.11.2006, 50% du 29.11.-31.12.2006, 25% du 01.-26.02.2007, 100% dès lors.

Concernant la capacité de travail exigible, l'atteinte rachidienne contre-indique tout travail lourd ; dans une activité adaptée, la capacité de travail est cependant entière avec une diminution du rendement due à la nécessité de changer régulièrement de position, qu'on peut estimer à 15%.[...] »

d) Vu qu'à l'occasion de l'examen rhumatologique auprès du SMR l'assuré avait déclaré être suivi par un psychiatre de l'Unité de Psychiatrie Ambulatoire à [...] (ci-après : UPA ou eHuv), l'OAI a requis un rapport auprès de cette institution. Les Drs K._____ et L._____, médecin adjoint et responsable, respectivement médecin assistant auprès de l'UPA, ont donné suite à cette demande en date du 2 septembre 2008. Dans le rapport corrélatif, ils déclarent avoir assumé le traitement ambulatoire de l'assuré pendant quatre séances du 18 avril 2008 au 16 juillet 2008. Ils ont posé les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail :

« (F32.11) Episode dépressif moyen avec syndrome somatique, existant depuis une date inconnue
(F45.4) Syndrome douloureux somatoforme persistant (à évaluer), existant depuis une date inconnue
(F60.9) Trouble de la personnalité sans précision (à traits psychotiques, paranoïaques, décompensé), existant depuis longtemps. »

Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient ceux de « difficultés liées à l'acculturation (Z60.3) » et d'une « expérience personnelle terrifiante pendant l'enfance (Z61.7) ». Le pronostic pour la reprise d'un travail et une guérison était réservé à long et moyen terme, vu l'état d'irritabilité de l'assuré et l'impossibilité d'une prise en charge psychiatrique en raison de son comportement « inadéquat », sur la base d'une structure psychotique et ses plaintes somatiques au niveau du dos. Cela l'empêchait de fonctionner normalement dans un travail (ch. 1.4 in fine et 1.7 in fine dudit rapport). Par ailleurs, ces médecins ont exposé ce qui suit :

« [...] Pendant les 4 séances d'évaluation psychiatrique dans notre unité, nous avons constaté un patient irritable, revendicateur et méfiant, qui ne désire pas discuter au sujet de ses plaintes psychiatriques. Souvent il indique sa souffrance en raison de

douleurs dorsales et de la situation sociale et financière extrêmement difficile, ainsi que le manque d'aide adéquate par rapport à ses souffrances par les spécialistes médicaux et les fonctionnaires sociaux. Il manifeste une importante violence verbale vis-à-vis de l'équipe médicale qui nous empêche une prise en charge appropriée. Dernièrement, nous avons pris contact avec son médecin traitant, Dr B._____, pour l'informer de notre impossibilité de prise en charge psychiatrique, avec une proposition d'adapter le traitement en ambulatoire. »

e) En date du 2 octobre 2008, l'assuré a formulé une demande d'allocation pour impotent.

Dans ce cadre, l'OAI a adressé un questionnaire au Dr B._____, complété par ce dernier le 8 octobre 2008. Le Dr B._____ a notamment signalé que l'assuré avait été réadressé à la Fondation E._____ après l'échec du traitement auprès de l'UPA. Par ailleurs, il a joint copie de divers documents, dont un courrier qu'il a adressé le 1^{er} février 2008 au Dr F._____ et dans lequel il a mentionné que l'assuré avait une forte demande de traitement immédiat et un sentiment d'abandon ; l'assuré avait toutefois refusé une hospitalisation pour antalgie et observation qui pouvait mener à une intervention chirurgicale. Un traitement auprès d'un chiropraticien avait été interrompu en raison d'une absence d'efficacité et d'une aggravation des douleurs à la suite des manipulations. Le Dr F._____ a pour sa part maintenu pour l'essentiel, dans une écriture du 25 février 2008 à l'attention du Dr B._____, sa précédente appréciation telle qu'exposée dans son rapport susmentionné du 29 août 2007 ; un nouvel examen IRM du 13 février 2008 n'aurait pas démontré de changement significatif par rapport à l'examen de juin 2007. La situation restait précaire malgré les différents traitements conservateurs.

Le Dr B._____ a également transmis un courrier rédigé à son attention le 22 août 2008 par les Drs K._____ et L._____ dont le contenu s'avère pour l'essentiel identique à leur rapport précédent du 2 septembre 2008 communiqué à l'OAI (cf. supra let. d) ; ces spécialistes ont toutefois fait état pour partie de diagnostics différents, à savoir :

« (F32.11) Episode dépressif moyen avec syndrome somatique

(Z62.9) Modification durable de la personnalité à traits psychotiques, paranoïaques
(Z60.3) Difficultés liées à l'acculturation
(Z 61.7) Expérience personnelle terrifiante pendant l'enfance. »

A la requête de l'OAI, la Fondation E._____ a confirmé en date du 26 novembre 2008 avoir suivi l'assuré du 26 janvier 2000 au 26 avril 2006, puis plus revu, mais qu'une nouvelle demande avait été déposée pour une psychothérapie. Elle remettrait « en temps voulu » un rapport sur l'état psychique actuel de l'assuré.

B. **a)** Dans un rapport du 17 avril 2009 sur formulaire retourné à l'OAI, le Dr B._____ a signalé que les plaintes principales consistaient en des douleurs de l'épaule, difficilement mobilisable, de la région cervicale et thoracique, ainsi que des paresthésies de la main droite secondaires à un accident de voiture du 24 janvier 2009. L'assuré marchait toujours penché en avant, se plaignant d'importantes lombalgies. Il mobilisait toujours mal également le rachis cervical. Il présentait un signe de Tinnel et une hypoesthésie des doigts de la main droite. L'incapacité de travail comme ouvrier non qualifié était toujours de 100%. Le pronostic était très réservé vu l'accident et la problématique psychiatrique. Les douleurs importantes, la difficulté à utiliser sa main droite, ainsi que les gros problèmes d'adaptation en Suisse limitaient les possibilités d'une activité.

Le Dr B._____ a annexé à son rapport des documents précédemment produits, ainsi qu'une correspondance adressée le 18 mars 2009 par le Dr M._____, spécialiste en neurologie, à la Policlinique orthopédique des Etablissements hospitaliers G._____ avec un compte rendu d'un examen d'électromyographie. Sur demande de la Policlinique, le Dr M._____ avait examiné l'assuré le 17 mars 2009. S'agissant du rachis cervical, ce praticien avait retenu un status de mobilité réduite par la douleur locale sans brachialgie. Concernant les membres supérieurs, il avait constaté l'absence d'atrophie. Selon son appréciation, il s'agissait d'une atteinte purement sensitive maximale pour le majeur, dans une moindre mesure pour l'index et épargnant le pouce. Il y avait probablement une lésion distale par rapport au tunnel carpien. Ce

médecin a synthétisé les résultats de l'électroneuromyogramme (ENMG) en ces termes :

« Nerf médian droit : potentiel sensitif du pouce normal en amplitude de vitesse. Potentiel sensitif de l'index ralenti. Potentiel sensitif du majeur absent aussi bien par stimulation poignet que dans la paume. La latence motrice du court abducteur du pouce est normale. La myographie ne montre aucun signe de dénervation aiguë ou chronique. La vitesse de conduction intracanaulaire est à la limite de la norme avec une réponse excellente sur le plan de l'amplitude et de la durée parlant contre un bloc de conduction. »

b) L'OAI s'est alors adressé aux Etablissements hospitaliers G._____ qui ont complété un rapport le 10 juin 2009, établi par leur médecin-chef, respectivement médecin assistant, les Drs N._____ et R._____. Suite à un accident subi le 24 janvier 2009, l'assuré avait été hospitalisé _____ du _____ 24 _____ au 27 janvier 2009. Les diagnostics consécutifs à cet accident étaient des « fractures de l'arc latéral de la vertèbre C3-C4, de la clavicule gauche ainsi que du radius distal droit. » La fracture C3-C4 avait été traitée par une minerve rigide adaptée, la fracture distale du radius par une ostéosynthèse et la fracture de la clavicule gauche par un bandage en forme de rucksack. L'incapacité totale de travail comme ouvrier était d'une durée indéterminée. Ils ont précisé que le patient était déjà à l'arrêt de travail lorsque l'accident s'était produit. Son état s'était encore aggravé, de sorte qu'une reprise du travail n'était pas envisagée dans un avenir proche. L'assuré était incapable de porter des charges et d'utiliser des outils avec la main droite. Du point de vue orthopédique, les douleurs au niveau des doigts de la main droite pouvaient être amendées par une cure du canal carpien, prévue dans le courant de l'été 2009. Vu le contexte psychosocial de l'assuré, les médecins étaient réservés quant au pronostic des cervicalgies post-traumatiques. L'assuré n'était actuellement sous aucun traitement et n'était « pas du tout compliant lors de la phase du traitement. » Ils recommandaient pour la future thérapie une ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) et une cure du tunnel carpien.

c) L'OAI a appris le 9 septembre 2009 de la part de la Fondation E. _____ que l'assuré avait annulé ses rendez-vous et ne comptait pas débiter un traitement auprès d'elle avant trois mois.

Sur proposition du SMR du 9 novembre 2009, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique, confiée au Dr T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Celui-ci a rendu son rapport en date du 19 février 2010. Après un exposé des documents médicaux versés au dossier de l'OAI, l'expert a notamment décrit le statut clinique de l'assuré et le résultat des tests passés selon les méthodes utilisées. Il n'a posé aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail relevés par l'expert étaient un « trouble somatoforme (F45), » des « autres troubles spécifiques de la personnalité (personnalité frustrée, F60.8) » et des « difficultés liées à l'acculturation (Z60.3) ». Du point de vue psychiatrique, l'expert a conclu que l'assuré était capable de travailler et ceci depuis de nombreuses années. Les limitations sur le plan psychique consistaient en « une irritabilité et un tempérament colérique ». L'expert a enfin communiqué son appréciation du cas en ces termes :

« L'assuré se plaint surtout de ses douleurs physiques qui l'empêchent de travailler, il ne comprend pas pourquoi les médecins ne font rien pour les soulager et pourquoi l'assurance ne lui a pas accordé une rente. Il se montre assez revendicateur et méprisant envers le système de santé suisse.

Le discours est centré sur ses symptômes physiques, il ne comprend pas pourquoi il doit être examiné par un psychiatre.

L'assuré présente donc tous les critères d'un syndrome somatoforme, rappelons que selon la CIM-10, les caractéristiques essentielles de ces troubles sont des symptômes physiques, associés à des demandes d'investigation médicales, persistantes en dépit de bilan négatif répété et des déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. S'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet. Mais quand la survenue et la persistance des symptômes sont étroitement liées à des événements désagréables ou à des difficultés et des conflits, et même quand il existe des symptômes dépressifs ou anxieux manifestes, le patient s'oppose habituellement à toute hypothèse supposant l'indication de facteurs psychologiques dans la survenue des symptômes. La recherche d'une cause, physique ou psychologique, permettant de rendre compte des symptômes est souvent décevante et frustrante pour le patient comme pour le médecin.

Rappelons que l'assuré souffre de lombalgies depuis environ 2005 mais selon les médecins, les symptômes exprimés par l'assuré ne s'expliquent pas par les lésions organiques objectivées. En plus, les problèmes d'adaptation en Suisse sont les éléments psychologiques déclencheur du trouble somatoforme.

Rappelons aussi que l'assuré est en Suisse depuis 1997, il ne parle pas le français, il a très peu travaillé en Suisse. En plus, selon les documents médicaux et selon les dires de l'assuré, et malgré qu'il ait participé à la guerre des Balkans, bien qu'il nie avoir participé à des situations de combat, l'assuré dit s'être montré nerveux et tendu dès son arrivée en Suisse et ne pas avoir présenté des problèmes dans son pays. Par ailleurs, sa demande d'asile politique n'a toujours pas été acceptée.

Ce qui surprend chez l'assuré c'est son attitude et comportement pendant l'entretien, j'avais l'impression qu'il voulait me convaincre qu'il était vraiment malade du point de vue physique et ceci d'une manière quelque peu démonstrative. Il est également surprenant qu'il dise ne pas avoir des copains et à un moment de l'entretien, il affirme être parti avec un ami, les deux seuls, en voiture en Bosnie pendant trois semaines en octobre 2009. Il a donc supporté un long trajet en voiture malgré qu'il dise avoir des douleurs physiques importantes.

Je n'ai pas pu trouver des signes et des symptômes parlants en faveur d'un trouble dépressif, les signes anxieux et dépressifs plutôt légers correspondent à l'évolution normale d'un trouble somatoforme et ne revêtent pas d'un handicap majeur. Par contre, ils sont également la manifestation de l'inadaptation en Suisse de l'assuré qui attend une reconnaissance sociale par l'acceptation d'une rente de la part de l'AI.

Les traits paranoïaques décrits dans les rapports des psychiatres des eHuv me semble correspondre plutôt à des traits de la personnalité frustrée de l'assuré et à ses difficultés d'adaptation en Suisse, plutôt que les traits paranoïaques ou psychotiques.

L'assuré est plutôt régressé dans une position de victimisation et d'attente d'une reconnaissance par l'assurance. Dans ce sens-là, des mesures de réadaptation sont vouées à l'échec.

Quant aux critères de M[e]yer-Blaser, accompagnant le trouble somatoforme, nous constatons que l'anxiété importante et les légers signes dépressifs accompagnent normalement le trouble somatoforme et ne sont pas handicapants. Il n'y a pas tellement de cristallisation psychique, l'expert a l'impression d'une certaine exagération des symptômes physiques ressentis par l'assuré. Les lombalgies ont débuté en 2005, donc on peut parler de maladie chronique. Il n'y a pas d'isolation sociale. Il ne prend pas de médicaments psychotropes et il n'est pas suivi par un psychiatre ou psychologue.

Le pronostic reste réservé étant donné le trouble somatoforme. »

Dans un rapport du 1^{er} avril 2010, le SMR, sous la plume du Dr S._____, médecin, s'est en substance rallié aux résultats de l'expertise _____ du Dr T._____ et a estimé que seules devaient être prises en compte les limitations somatiques définies à l'occasion de l'examen rhumatologique

de juillet 2008. La capacité de travail dans une activité adaptée était ainsi exigible à un taux de 85%. L'accident du 24 janvier 2009 n'était pas mentionné par le SMR.

d) Par communication du 11 mai 2010, l'OAI a fait savoir à l'assuré que les conditions du droit à l'orientation professionnelle étaient remplies et que le droit à d'éventuelles autres prestations serait encore examiné.

Le 6 août 2010, l'OAI a diligenté une enquête au domicile de l'assuré, notamment en lien avec sa demande d'allocation pour impotent déposée en octobre 2008. On peut extraire notamment ce qui suit du rapport corrélatif, rédigé le 10 août 2010 :

« [...] L'assuré se plaint de son poignet gauche qui aurait été opéré dernièrement et qui est douloureux. Il tient son bras et dit qu'il ne peut rien faire. L'assuré se plaint de douleurs généralisées en permanence qu'il ne localise pas vraiment. Il situe ces douleurs à 9 sur une échelle de 10/10. L'assuré indique qu'il y a des jours où c'est insupportable, essentiellement lorsque le temps est humide. Il est sous ttt [réd. : traitement] d'opiacé qu'il semble prendre de manière irrégulière. [...]

Dans un premier temps, il a été difficile d'avoir un rendez-vous l'assuré partant en vacances tout le mois de juillet. [...] L'assuré arrive au salon en tenant son poignet gauche sur lequel apparaît une cicatrice d'env. 4 cm de long, calme sans rougeur. L'assuré indique qu'il ne peut plus bouger sa main et que c'est extrêmement douloureux. Pendant tout l'entretien il tient son poignet en soupirant, il n'arrive pas à donner une date de cette opération. Il ne parle pas de douleurs lombaires, indique qu'il n'a aucun sentiment d'anxiété ou d'angoisse, que son problème est purement somatique et qu'il ne comprend pas pourquoi on l'a envoyé chez un psychiatre et qu'on lui pose des questions sur ses antécédents familiaux et autres. [...] Il ne voit plus Fondation E. _____ car se serait fâché avec eux. Il n'est pas suivi par un psychiatre. »

Un rapport d'entretien du 18 août 2010 entre l'OAI, l'assuré et son épouse a conclu qu'au vu des limitations fonctionnelles, un stage d'évaluation était nécessaire, mais qu'il restait à voir si l'assuré allait y participer activement. Est en outre mentionné la symptomatologie présentée à la main droite.

Par courrier envoyé le lendemain, l'OAI a informé l'assuré de l'organisation d'un stage de quatre semaines auprès d'un centre d'orientation professionnelle de l'AI (COPAI), afin de pouvoir examiner ses aptitudes à la réadaptation professionnelle et sa capacité de travail. Une indemnité journalière a été accordée pour la durée de cette mesure. Par communication du 30 août 2010, le Centre V. _____ à [...] a confirmé à l'assuré que le stage aurait lieu du 10 janvier 2011 au 4 février 2011.

C. Par décision du 27 septembre 2010, conformément à un projet de décision du 18 août 2010, contre lequel l'assuré n'avait pas formulé d'objections, l'OAI a refusé l'octroi d'une allocation pour impotent au motif qu'il nécessitait tout au plus une aide ponctuelle, mais pas régulière, ni importante, pour accomplir les actes « se vêtir » et « faire sa toilette » ; il restait donc autonome pour accomplir tous les actes ordinaires de la vie. L'assuré n'a pas recouru contre cette décision.

D. **a)** L'assuré a participé en janvier et février 2011 au stage mis en œuvre au Centre V. _____ lequel a communiqué un rapport à l'OAI en date du 18 février 2011. Il ressort notamment ce qui suit :

« [...] **3. COMPTE RENDU DE LA CONSEILLÈRE EN ORIENTATION**

[...] **Projet professionnel**

[...] Avant [...] le travail prenait une grande part dans sa vie, il aimait beaucoup ce qu'il faisait. Actuellement, l'assuré est centré sur ses douleurs. Pour lui, tout est difficile, il pense qu'aucune activité n'est possible en raison de la situation actuelle et surtout de ses douleurs. Il dit ne pas pouvoir travailler et souhaite une rente entière. En définitive, il ne semble pas du tout dans une optique de reprise de travail en raison des douleurs qu'il n'arrive pas à gérer. [...]

5. COMPTE RENDU DES OBSERVATIONS EN ATELIERS

[...] il peine à apprendre les activités demandant de la réflexion. [...] Sa main droite ne fait aucun mouvement de pince, seuls la tranche ou le bout des doigts sont utilisés comme support, mais très partiellement. Lors d'un travail de soudure à l'étain, il appuie sur les pièces à souder avec la tranche de la main et toute utilisation d'outil se fait avec la gauche. Il lui arrive de tenir des éléments avec la bouche. [...] Il n'est pas habile de sa main gauche. Son rythme de travail est aussi assez lent, péjoré par l'utilisation de ce membre non dominant. Dès la deuxième semaine, une raideur et un inconfort dorsal sont observés. Il ne trouve pas de position statique qui le soulage. Il alterne les positions assis/debout. Il fait souvent des pauses où il marche pour se détendre. Il manque d'endurance, il

paraît très rapidement fatigué au cours de la journée. Ses rendements se situent entre 30% et 35%.

Le comportement de [l'assuré] dans nos locaux est excellent. Il est très poli, discret, assidu à son poste. Il émet de nombreuses réticences à apprendre des activités qui lui semblent compliquées. Il dit tout de suite qu'il ne comprend pas, malgré les démonstrations qui lui sont faites. Il paraît désabusé par son sort. Il est souvent à sa place à ne rien faire durant de longues périodes, ses yeux regardant dans le vague. Ces traits sont figés, il semble souffrir en permanence. Son aspect physique montre une grande souffrance morale. Il ne montre pas une attitude compatible avec un travail.

6. CONCLUSION

En conclusion, notre équipe d'observation est d'avis que bien qu'en théorie [l'assuré] puisse tenir une place de travail à 100%, ses rendements ne seront pas meilleurs que ceux qu'il a montrés. Il n'est pas capable d'augmenter ses cadences. Il a besoin d'alterner les positions et de faire des pauses. Il n'est pas capable de s'adapter à un travail de façon à être productif. Il n'est pas fiable, manque de concentration et il faut un suivi continu pour s'assurer de la qualité réalisée. Il doit être considéré comme un monomanuel de la main dominante, ce qui réduit les activités qu'il peut exercer. De plus, il ne possède pas une bonne capacité d'apprentissage ni d'adaptation ; les activités autres que manuelles ne sont pas possibles. Il manque d'habileté manuelle, la qualité est faible, le travail doit être grossier. Nous ne voyons pas d'activité dans laquelle il puisse utiliser sa capacité de travail. [...] »

Etait annexée une appréciation du 4 février 2011 du médecin-conseil du Centre V._____, le Dr W._____, qui a examiné l'assuré à trois reprises entre le 30 novembre 2010 et le 1^{er} février 2011. Il a fait mention pour l'essentiel des mêmes constatations que celles exposées dans le rapport professionnel du Centre V._____. Il s'est en outre expliqué comme suit :

« [...] Sur le plan médical, [l'assuré] a des lombalgies chroniques avec sciatalgies chroniques L5-S1 droites depuis au moins 2006. Il a des discopathies étagées lombaires. Ce statut s'est compliqué le 24.01.2009 de fracture d'arcs latéraux de vertèbres cervicales, d'une fracture du radius distal droit et de la clavicule gauche. L'évolution de ces fractures est défavorable sur le plan algique et à la main droite sur le plan fonctionnel : il ne se sert pas de sa main droite dominante. Ses atteintes physiques surviennent sur un trouble de la personnalité de type psychotique. A l'examen, l'assuré est très plaintif, en état général médiocre. Il présente des troubles statiques vertébraux, des contractures musculaires paracervicales et paralombaires, une forte réactivité à l'effleurement et aux pincéroulé et des limitations des amplitudes articulaires.

Les différents médecins qui se sont occupés de cet assuré sont pessimistes sur le pronostic à long et moyen terme et sont de l'avis qu'une reprise du travail est peu probable. Le SMR estime l'exigibilité d'une activité adaptée à 85% avec des limitations

fonctionnelles classiques des douleurs rachidiennes. Curieusement, le rapport du 01.04.2010 [réd. : du SMR] ne fait aucune mention de l'accident de la voie publique de janvier 2009 et de ses séquelles, ni du rapport de janvier 2009 des Drs R. _____ et N. _____.
[...]

[L'assuré] pourrait certes être présent à la journée entière, mais les rendements diminueraient probablement en deuxième partie de journée comme nous l'avons observé chez nous. Nous ne voyons cependant pas quel travail pourrait accomplir cet homme. Comme il se perçoit comme invalide et attend clairement une rente de la part de l'AI, il est possible que sa motivation et cette observation aient été entachées. Mais même tenant compte de ce facteur externe, nous pensons que les rendements ne dépasseraient pas ce que nous avons observés, de l'ordre de 50% dans une activité possible pour un monomanuel de la main non dominante. L'activité devrait être simple, ne pas demander de force, ne pas demander de concentration, ne pas être fine à cause de sa maladresse et respecter les limitations fonctionnelles du rachis décrites par le SMR. En fait, nous ne voyons pas ce que pourrait concrètement faire cet homme et encore, à la condition qu'il trouve un employeur d'accord d'engager un homme d'aspect aussi malade. »

b) Il ressort d'un rapport d'entretien du 21 février 2011 entre l'OAI, l'assuré et son épouse, que cette dernière a constaté que les problèmes psychiques de son conjoint devenaient plus importants. Selon elle, l'assuré ne serait toutefois suivi que par le Dr B. _____. Le rapport a également relevé que si l'assuré n'avait que des problèmes de dos, des activités simples et répétitives seraient à sa portée. Cela étant, le fait qu'il soit monomanuel réduirait le nombre d'activités existantes ; son incapacité à s'adapter à un travail serait aussi un frein important. Le SMR n'aurait jusqu'à présent effectivement pas mentionné le problème du poignet, les limitations fonctionnelles retenues étant uniquement liées à l'épargne du dos.

A la demande de l'OAI, le Dr B. _____ a fait parvenir le 14 mars 2011 un rapport médical intermédiaire, après avoir vu l'assuré le 9 mars 2011. S'agissant des diagnostics, il a renvoyé, sans autre précision, à un « rapport précédent ». Il a ajouté comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail une fracture du 4^{ème} métacarpien droit existant depuis janvier 2010. Le médecin n'a cependant pas donné d'indications au sujet d'une activité adaptée ou habituelle. Son pronostic demeurait cependant « très réservé ». Il a libellé l'anamnèse et le constat médical comme suit :

« En janvier 2010, [l'assuré consulte] en raison de douleurs de la main droite, secondaires un traumatisme (se serait tapé la main contre un mur). L'examen clinique évoque en premier lieu une fracture de la tête du 4^{ème} métacarpien avec bascule antérieure. Une consultation orthopédique et un bilan radiologique sont proposés au patient. Un mois plus tard, le patient n'a pas consulté et renonce à des examens radiologiques car il ne désire pas une éventuelle intervention chirurgicale pour corriger cette fracture. Durant l'année, il s'est plaint à de nombreuses reprises de cervico-dorsolombalgies, d'une irritabilité importante avec des épisodes d'agressivité verbale. En août 2010, il a justifié d'investigations digestives et radiologiques en raison de douleurs abdominales hautes et basithoraciques droites (Rx [réd. : radiographies] thorax et US [réd. : ultrasonographie] sans particularité). Une nouvelle prise en charge à l'unité psychiatrique ambulatoire a été évoquée mais ne s'est pas concrétisée.

Fin 2010, [l'assuré] a souffert d'une bronchite obstructive justifiant une consultation en urgence avec hospitalisation refusée par le patient. Un traitement de corticoïdes par voie systémique et topique a permis une lente amélioration. Le diagnostic retenu est celui d'une décompensation broncho-spastique, d'une BPCO [bronco-pneumopathie chronique obstructive] dans le cadre d'une infection virale.

En janvier 2011, aggravation aiguë des lombalgies avec irradiation dans le membre inférieur droit. CT-scan sans changement par rapport à l'IRM antérieur.

Le 23 février 2011, alors qu'il fait un stage de réinsertion, [l'assuré] me consulte en urgence. Depuis plusieurs jours il aurait des épisodes répétés d'œdèmes et de cyanose de la main droite. L'examen clinique montre une cyanose de ce membre et un œdème remontant jusqu'au poignet jusqu'à la fin de la cicatrice d'ostéosynthèse. Il existe un gradient thermique.

Le patient est adressé au Dr Z._____, angiologue, pour examen et avis. Un traitement d'Aspirine Cardio est débuté. Le diagnostic retenu par l'angiologue est celui d'un acrosyndrome, mais son rapport définitif ne m'est pas encore parvenu.

Constat médical

Patient pesant 58 kg. TA :118/84 mmHg. P : 91/min. Patient irritable, marchant avec peine, très démonstratif, porteur d'une ceinture abdominale et lombaire. Racourcissement du 5^{ème} métacarpien à droite. Persistance d'une légère tuméfaction et œdème de la main et du poignet droit. Nette amélioration de la cyanose par rapport à février.

Auscultation de râle bronchique disséminé et d'une prolongation de l'expirium. »

Par pli du 23 mars 2011, le Dr B._____ a transmis à l'OAI un courrier établi par le Dr Z._____, spécialiste en angiologie, le 19 mars 2011 au sujet d'un bilan veineux des membres supérieurs. Ce médecin a indiqué ce qui suit au titre de « discussion » :

« J'ai discuté du cas de ton patient avec mon collègue angiologue français [...]. Ce dernier évoque les diagnostics différentiels

suivants : un Sudeck mais il s'agit habituellement de troubles permanents avec éventuellement des poussées ; un spasme veineux mais habituellement cette situation se présente à une voire deux ou trois reprises mais pas plus fréquemment et finalement une pathomimie qui est le diagnostic retenu par mon collègue. Ce dernier recommande lors d'un prochain examen de rechercher attentivement des zones de garottage sans faire de remarques particulières si cette recherche est positive. Selon son expérience, les garots sont placés habituellement à la moitié supérieure de l'avant-bras et les patients ne reviennent pas en consultation dès qu'ils réalisent que le mécanisme de lésions a été mis à jour. »

Par la suite, l'OAI s'est enquis de l'évolution du cas depuis l'accident du 27 janvier (recte : 24 janvier) 2009 auprès des Etablissements hospitaliers G._____, en particulier eu égard à l'éventuelle cure du canal carpien. Par courrier du 16 mai 2011, les Etablissements hospitaliers G._____ ont répondu qu'ils n'avaient pas revu l'assuré depuis le 10 septembre 2009 et que l'intervention du canal carpien n'avait pas eu lieu, le patient l'ayant lui-même annulée. Ils ont joints copie d'un rapport que leur médecin assistante, la Dresse Q._____, avait rédigé le 10 septembre 2009 à l'attention du Dr B._____. Au sujet de la clavicule gauche, une bonne évolution radio-clinique était relevée, tandis que la mobilité de l'épaule n'était pas problématique. Concernant l'avant-bras, une ostéosynthèse par plaque palmaire était intervenue en janvier 2009. A trois mois, des douleurs importantes persistaient. Une intervention relative à une probable compression du nerf médian et au tunnel carpien avait été programmée (sous la forme d'une AMO et une cure du tunnel carpien), mais ensuite annulée par l'assuré « au vu d'une amélioration spontanée de la symptomatologie ». Le 10 septembre 2009, le poignet était indolore, avec une mobilité complète et sans troubles sensitifs. Il n'y avait pas de problème au niveau de la force. En ce qui concernait la colonne cervicale, un traitement par minerve pendant trois mois avait été prévu. L'assuré n'avait finalement porté la minerve que pendant trois semaines. A la palpation, la colonne était douloureuse. Il n'y avait toutefois pas de troubles sensitivo-moteurs des membres supérieurs et inférieurs. L'assuré avait par ailleurs des douleurs lombaires de longue date. L'assuré avait été « averti d'une évolution probablement longue de la symptomatologie douloureuse au niveau de la colonne cervicale, au vu, entre autres, d'une

mauvaise compliance de sa part pour le port de minerve. » En l'état, aucune autre intervention n'était proposée.

c) En date du 12 juillet 2011, un second examen clinique rhumatologique a été entrepris au SMR par la Dresse H._____. Son rapport _____ du 3 août 2011 contient notamment une anamnèse et un status de l'assuré. Les plaintes actuelles, les diagnostics et l'appréciation du cas sont formulés ainsi :

« *Plaintes actuelles* »

L'assuré décrit des douleurs à la nuque, à la colonne dorso-lombaire prenant la jambe D [réd. : droite], à l'épaule G [réd : gauche] et à l'avant-bras D :

- Douleurs « de la tête au bas du dos », prenant toute la colonne depuis 4-5 ans, présentes tous les jours, « c'est comme si ça brûlait sous la peau ». Les douleurs augmentent lors de changements de temps (« je pleure »), quand il se penche en avant pour mettre les chaussures. Surtout les lombalgies ont augmenté depuis l'accident et il se sent parfois tout « bloqué » tellement ça fait mal. Dans ces moments-là, il va chercher une piqûre, la dernière peut-être il y a 1 ou 2 mois, (« c'est dans le dossier »). Pas d'impulsivité au Valsalva. L'assuré prend ses médicaments sinon il n'a rien trouvé pour diminuer les douleurs, qui sont cotées à 5/10 lors de l'entretien, variant entre 2,5/10 et 10/10; à ce moment-là, l'épouse fait des massages qui refroidissent la région.

- Depuis l'accident, douleurs à l'épaule G, ça « bloque » et les douleurs s'étendent sur la face G du cou, « ça comprime », parfois c'est « comme cassé ». Ces douleurs augmentent à n'importe quelle utilisation du bras G et surtout lors de changements de temps, elles sont moins fortes quand il ne bouge pas ce bras. Lors de l'entretien, elles sont cotées à 4,5/10, (« je souffre »), variant entre 2/10 et 9,5/10 (« c'est comme si je perdais connaissance »).

- Douleurs à l'avant-bras depuis l'accident lors de n'importe quel effort, c'est « comme si on arrachait quelque chose », montant vers le bras et l'épaule, ça monte et ça descend (« c'est la souffrance »). Les massages peuvent diminuer un peu les douleurs qui sont présentes lors de l'entretien à une intensité de 1,5/10, variant entre 0/10 et 6,5/10, surtout au poignet, qui est parfois enflé. Il peut cependant lever et porter un grand sac de commissions.

- Douleurs à la jambe D, s'installant avec les problèmes rachidiens d'où ça descend, (« comme un crabe qui pince »). Il a surtout mal en-dessus de la cheville, parfois, il n'arrive pas à bouger le pied et il doit se masser. Les douleurs augmentent surtout à la marche et quand il est debout, mais elles sont toujours un peu là. Il peut les diminuer en appliquant un massage. Pas d'impulsivité au Valsalva. Lors de l'entretien, ces douleurs sont cotées à 2/10, absentes s'il est couché et montant jusqu'à 5,5/10.

L'assuré ne conduit pas (il n'a qu'un permis bosniaque), il peut se faire conduire sur un trajet [...] à [...], s'arrêtant parfois pour fumer une cigarette. Il peut marcher 400 mètres puis les jambes ne

tiennent plus. La position debout est tenue 30 minutes. Concernant la position assise l'assuré dit « maintenant, j'en ai marre, surtout parce que la chaise est dure ». Le jour de l'examen est considéré comme normal.

[...]

Status général

[...] Neurologique : assuré droitier. Sensibilité superficielle augmentée au visage et à la cuisse D, diminuée sur la face palmaire de la main, accentuée au niveau des doigts IV et V à D ainsi qu'à la jambe D, d'une façon diffuse. Réflexes ostéo-tendineux difficiles à obtenir, notamment les rotuliens (avec manœuvre de Jendrassik). Babinski indifférent ddc. Lasèque négatif ddc (pseudo-Lasèque un peu plus marqué à D). Force musculaire globalement à M5. Pas d'amyotrophie visible. Les tests de résistance sont bien tenus, l'activation active est variable, diminuée au bras G, de la main D et de la jambe D. Compression axiale douloureuse des cervicales jusqu'au bas du dos, rotation globale au niveau dorso-lombaire.

Status ostéo-articulaire

[...] Membres supérieurs : bonne mobilité des épaules, des coudes et du poignet G, indolore sauf à l'épaule G (trapèze et région de la clavicule), l'abduction est freinée activement à 120° parce que « ça craque ». Clavicule déformée, douloureuse à la palpation. Mobilité du poignet D : flexion palmaire 65°, extension dorsale 70°, inclinaison latérale cubitale et radiale 30°, douloureuse. A noter que la mobilité demandée de façon indirecte est quasiment complète et apparemment pas douloureuse. La mobilisation passive du coude G provoque des douleurs à la clavicule et à la face latérale G de la nuque. Test de Jobe, palm up, belly press et body-cross négatifs ; à G ces tests provoquent toujours les mêmes douleurs de la clavicule et de la face G cervicale, le bodycross à D un peu de douleurs dans l'omoplate. Douleurs étendues à la palpation de l'épaule G, surtout du trapèze mais aussi de l'insertion de l'angulaire de l'omoplate, de l'apophyse coracoïde et du poignet D. Périmètres des bras : 24 cm à D, 24,5 cm à G ; des avant-bras 25 cm à D, 24,5 cm à G (à 10cm respectivement de l'épicondyle). Jamar G 30-28-15 kg, Jamar D 5-2-2-kg.

[...]

Diagnostics

- avec répercussion durable sur la capacité de travail :
 - cervico-dorso-lombalgies dans le contexte d'un trouble statique et légèrement dégénératif, avec irradiations pseudo-radiculaires dans la jambe D ; dysbalances musculaires (M54.8)
 - status post fracture distale du radius D en 2009, avec douleurs résiduelles
 - status post fracture de la clavicule G en 2009, avec douleurs résiduelles
- sans répercussion sur la capacité de travail
 - broncho-pneumopathie chronique obstructive non traitée
 - insuffisance pondérale (BMI 18)
 - trouble somatoforme sans comorbidité psychiatrique.

Appréciation du cas

Cet assuré, d'origine bosniaque, ne travaille donc plus depuis 2006, dans un premier temps à cause de rachialgies avec irradiations

pseudo-radiculaires dans la jambe D, dans le contexte d'un trouble statique et dégénératif avec dysbalances musculaires, justifiant une incapacité de travail totale dans tout travail lourd. Dans une activité adaptée, la capacité de travail a été estimée à 85% (examen clinique rhumatologique SMR du 02.07.2008). Le 24.01.2009, l'assuré est victime d'un accident de voiture avec fracture de la clavicule G, du radius distal D et des arcs vertébraux cervicaux G. Le radius est ostéosynthésé avec objectivement une bonne évolution mais l'assuré se plaint de douleurs résiduelles. La fracture de la clavicule est traitée d'une façon conservative, bien consolidée mais dans une position raccourcie, avec une bosse considérable. Objectivement, la fracture cervicale a également bien évolué mais l'assuré décrit une augmentation de ses douleurs rachidiennes avec en plus des douleurs au niveau de l'épaule G. Une expertise psychiatrique par le Dr T. _____ a conclu à un trouble somatoforme douloureux, sans comorbidité psychiatrique et donc sans répercussion sur la capacité de travail. En début 2011 l'assuré suit un stage d'observation au COPAI à [...], où on observe un comportement de mono-manuel, amenant à la conclusion qu'il veut bien être présent toute la journée au travail mais que son rendement est fortement diminué.

Lors de l'examen de ce jour, on est en face d'un homme de 44 ans, maigre, irritable, par moment agressif, déclarant à plusieurs reprises qu'il « en a marre ». Il décrit ses douleurs en termes forts comme « catastrophiques », « insupportables », mais ne bouge pas sur sa chaise jusqu'au moment où l'on parle justement de ses douleurs en détails et qu'on lui demande combien de temps il peut rester assis. Les mouvements spontanés des mains et les gestes sont tout à fait symétriques, les mouvements d'accompagnement des bras lors de la marche le sont également et il écrit, respectivement dessine avec la main D sans signe non verbal de gêne ou de douleur.

L'examen clinique ostéo-articulaire confirme le trouble de la statique rachidienne déjà observé en juillet 2006, avec une mobilité améliorée ou égale au niveau lombaire (distance doigts-sol 40 cm en 2011, 45 cm en 2008, Schober 30/31 cm respectivement 10/13, inchangé depuis 2008). L'inclinaison latérale cervicale est quelque peu diminuée mais elle était déjà douloureuse à l'époque, actuellement plutôt dans la musculature cervico-scapulaire G, à l'époque plutôt dans la musculature para-cervicale D.

On note une bonne mobilité de l'épaule D, des coudes et du poignet G. L'abduction active de l'épaule G est freinée à 120° à cause des douleurs, passivement, on peut aller plus loin mais l'assuré oppose une vive résistance à cet essai. La mobilité active du poignet D est quasi normale, la mobilisation passive est diminuée de 10° dans toutes les directions par rapport à la G. La musculature des bras est tout à fait symétrique, il n'y a pas d'amyotrophie visible. On palpe des douleurs diffuses au niveau de l'épaule et de la musculature du trapèze à G, la palpation et la percussion des apophyses épineuses cervico-dorsales et lombaires sont douloureuses.

Concernant les membres inférieurs, on note une légère limitation de la rotation interne de la hanche G, pas constatée en 2008. Les autres articulations sont bien mobiles et indolores, avec une petite différence de la distance talon-fesse en défaveur de la D, déjà notée en 2008.

L'examen neurologique ne montre pas de déficit sensitivo-moteur radiculaire ou périphérique. La quasi-absence de force de

préhension du côté D contraste avec une masse musculaire symétrique et l'absence d'amyotrophie.

Le dossier radiologique confirme le trouble de la statique rachidienne et les ébauches de processus dégénératifs des segments distaux lombaires, sans évolution depuis 2008. Il n'y a pas de radiographies de la colonne cervicale ni du poignet D, en post opératoire.

A noter que tous les signes comportementaux sont présents et que l'attitude de l'assuré n'a pas changé par rapport à 2008: il se montre irritable, peu collaborant et parfois même agressif.

En conclusion, la situation rachidienne n'a pas évolué depuis 2008 mais l'assuré présente deux atteintes ostéo-articulaires en plus, c'est-à-dire les limitations douloureuses de la mobilité de l'épaule G et du poignet D. Vu la gravité de la fracture du radius la mobilité regagnée est plus que satisfaisante, il en manque une dizaine de degrés par rapport à la G. En ce qui concerne l'épaule, les douleurs sont stéréotypées, il n'y a pas de signe d'une atteinte réelle de cette articulation ; par contre, la fracture de la clavicule est consolidée en position raccourcie et pourrait donc effectivement gêner quelque peu certains mouvements en fin de course. Il y a donc de nouvelles limitations fonctionnelles à ajouter, mais la capacité de travail dans une activité adaptée reste inchangée par rapport à 2008, vu que l'évolution post-traumatique, surtout au niveau du radius, est plutôt réjouissante.

Théoriquement, cet assuré peut donc travailler à plein temps avec une diminution de rendement de l'ordre de 15%, ceci au plus tard depuis début 2010.

Limitations fonctionnelles

Il faut éviter une position statique prolongée assise, debout, en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux. Port de charge limité à 5 kg avec le bras D, 10 kg en bi-manuel. L'assuré ne peut pas travailler avec les deux bras au-delà de l'horizontale ou avec une position extrême de la tête. L'observation notamment des mouvements spontanés montre que l'assuré n'est certainement pas mono-manuel, mais il est possible que la force soit un peu diminuée, ce qui va cependant spontanément se rétablir si l'assuré recommence à travailler.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Depuis le 18.08 2006, selon le médecin traitant.

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

100% dès lors dans tout travail lourd. 85% dans une activité adaptée avec une incapacité de travail de tout au plus un an suite à l'accident de voiture en janvier 2009. [...] »

d) Le Dr S. _____ du SMR a communiqué son avis le 11 août 2011, indiquant ne pas avoir de raison de s'écarter des conclusions de la Dresse H. _____. La capacité de travail dans une activité adaptée restait de 100% avec une diminution de rendement de 15%, au plus tard depuis le début de 2010. Une incapacité de travail totale pouvait être reconnue du 24 janvier 2009 au 31 décembre 2009.

Vu ces conclusions, en date du 7 septembre 2011, l'OAI a rédigé un premier projet de décision envisageant le rejet de la demande de prestations AI.

Par l'intermédiaire de sa mandataire, Me Anne-Louise Gillièron, l'assuré a formulé, dans un délai prolongé, des objections au terme d'une écriture du 22 décembre 2011. Il a notamment sollicité un nouvel avis SMR après des investigations complémentaires sur le plan psychiatrique, soit une seconde expertise psychiatrique, et l'interpellation de son médecin traitant, le Dr B. _____.

Dans un avis SMR du 19 janvier 2012, co-signé par le Dr A. _____, médecin, le Dr S. _____ a estimé qu'il n'était pas nécessaire de procéder à des investigations psychiatriques complémentaires. Il s'est prononcé sur les objections de l'assuré notamment en ces termes :

« La comparaison entre les résultats du stage d'observation professionnelle et les avis médicaux du SMR n'est pas pertinente. Le comportement de l'assuré en atelier est largement influencé par des facteurs extra-médicaux. La réussite de telles mesures présuppose une adhésion complète au projet de réintégration professionnelle, qui fait parfois défaut.

L'expertise psychiatrique précisait déjà que « l'assuré est plutôt régressé dans une position de victimisation et d'attente d'une reconnaissance par l'assurance. Dans ce sens-là, des mesures de réadaptation sont vouées à l'échec ».

Il apparaît assez clairement que [l'assuré] ne s'est pas placé dans une dynamique de reprise du travail. L'entrée en stage est décrite comme

suit :
« (...) il pense qu'aucune activité n'est possible en raison de la situation actuelle et surtout de ses douleurs. Il dit ne pas pouvoir travailler et souhaite une rente entière. En définitive, il ne semble pas du tout dans une optique de reprise du travail en raison des douleurs qu'il n'arrive pas à gérer. »

De même, les plaintes relevées par le Dr W. _____ en fin de stage sont par définition subjectives ; elles ne reposent sur aucun fait médical.

[...]

En ce qui concerne la pathomimie évoquée par Me Anne-Louise Gillièron, il s'agit de lésions consciemment auto-infligées de l'avant-bras et de la main droite connue des psychiatres sous la dénomination de « production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'incapacités, soit physiques, soit psychologiques (trouble factice) » (CIM-10, directives pour le diagnostic). Cet état

est le plus souvent interprété comme un trouble des conduites visant à acquérir un statut de malade ou à présenter un comportement de malade. Ces lésions ne sauraient en aucun cas justifier une incapacité de travail durable, dans la mesure où elles disparaissent aussitôt que le sujet cesse de les provoquer. La CIM-10 range ce diagnostic dans la même catégorie que la simulation (F68.1), ce qui irait plutôt dans le sens des conclusions de l'expert T._____. [...] »

e) En date du 8 mars 2012, le service juridique de l'OAI a fourni son avis sur les objections de l'assuré du 22 décembre 2011 et sur l'appréciation médicale ; il a conclu que l'instruction médicale du dossier était complète tant au plan psychiatrique qu'au plan somatique et que les constatations effectuées lors du stage au COPAI n'étaient pas de nature à remettre en cause les observations médicales. Par ailleurs, l'aspect économique du dossier a été réexaminé. Les éléments suivants peuvent être extraits :

« [...] S'agissant des limitations fonctionnelles, elles sont déjà, au moins en partie, prises en compte dans la diminution de rendement de 15% admise par le SMR ; comme déjà relevé, si l'activité adaptée permet ces changements de position, ce qui n'est pas rare, il n'y aurait plus lieu de tenir compte de cette baisse de rendement relativement importante. Par « précaution », on peut toutefois admettre un abattement supplémentaire de 10% pour tenir compte d'un préjudice salarial lié aux limitations. Je précise encore qu'il n'y a pas lieu de différencier ce pourcentage entre 2007 et 2010 malgré l'augmentation des limitations après l'accident de 2009, car d'une part la diminution de force du bras devrait disparaître si l'assuré recommence à travailler selon le SMR, et d'autre part, notre spécialiste en réinsertion retient le même type d'activités adaptées à ces deux dates.

[...] Le taux d'invalidité et donc de 23.5%, arrondi à 24 %, tant en 2007 qu'en 2010. [...] Ce taux d'invalidité de 24% peut [...] être pris en compte pour calculer une invalidité moyenne sur 12 mois avec l'incapacité de travail totale admise par le SMR du 24 janvier 2009 au 31 décembre 2009 (avis du 11 août 2011). Il suffit de 3 mois à 100% et de 9 mois à 24% pour que le taux d'invalidité moyenne sur 12 mois soit de 40% au moins. Le début du droit peut donc être fixé au 24 avril 2009, avec droit à un quart de rente. Passage à une rente entière après 3 mois, soit au 1^{er} juillet 2009. Suppression 3 mois après l'amélioration du 1^{er} janvier 2010, soit au 31 mars 2010. [...] »

Cet avis a conduit à l'émission d'un nouveau projet de décision le 16 mars 2012, précédé d'un courrier adressé à l'assuré le 8 mars 2012, dans lequel l'OAI a renvoyé à l'avis médical du SMR du 19 janvier 2012. L'OAI a indiqué qu'il comptait octroyer à l'assuré un quart de rente du 1^{er}

avril 2009 au 30 juin 2009 et une rente entière du 1^{er} juillet 2009 au 31 mars 2010. Il a exposé que l'assuré avait une diminution de sa capacité de travail depuis le 18 août 2006. Selon le Dr T. _____ et la spécialiste du SMR, l'assuré présentait à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit au 18 août 2007, une incapacité totale d'exercer son ancienne activité professionnelle d'employé de production. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, l'assuré présentait une capacité de travail de 85%. Ses limitations imposaient une activité permettant l'alternance des positions assise et debout, sans rotation-flexion du tronc, sans travaux en porte-à-faux, sans port de charges de plus de 10 kg en bi-manuel, sans port de charges de plus de 5 kg avec le bras droit, sans travaux avec les deux bras au-delà de l'horizontale ou avec position extrême de la tête. D'après les renseignements médicaux, l'assuré souffrait également d'un trouble somatoforme. Cependant, il ne réunissait à ce sujet pas les critères qui fondent un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle. Il n'y avait notamment pas de comorbidité psychiatrique au trouble somatoforme douloureux. Ce dernier ne constituait donc pas une atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI. Admettant un revenu sans invalidité de 61'164 fr. et un revenu avec invalidité dans une activité adaptée - en tenant compte d'une capacité de travail de 85%, vu la baisse de rendement, et un abattement supplémentaire de 10% en raison des limitations fonctionnelles - de 46'790 fr., l'OAI a calculé un degré d'invalidité de 24%, insuffisant pour l'octroi d'une rente, mais donnant droit à une aide au placement.

L'OAI a expliqué l'octroi d'une rente limitée dans le temps pour la période du 1^{er} avril 2009 au 31 mars 2010 comme suit :

« [...] En date du 24 janvier 2009, votre mandant a été victime d'un accident.

En raison de cet accident, il a présenté une incapacité de travail et de gain entière dans toute activité du 24 janvier 2009 au 31 décembre 2009.

Le degré d'invalidité présenté durant cette période s'élevait à 100%. Compte tenu de 9 mois d'incapacité de travail à 24% et de 3 mois à 100%, c'est au 24 avril 2009 que [l'assuré] présentait une incapacité de travail moyenne de 40% au moins durant une année. C'est donc à cette date que doit être fixé le début du droit à la rente.

A partir du 1^{er} janvier 2010, ce dernier a recouvré une capacité de travail de 85% dans toute activité adaptée. Les limitations fonctionnelles ainsi que les activités adaptées à votre atteinte demeurent identiques à celle présentées en août 2007.

[...] le degré d'invalidité présenté trois mois après l'amélioration du 1^{er} janvier 2011 [recte : 2010], soit au 1^{er} avril 2011 [recte : 2010], [est selon une comparaison des revenus identique à la susmentionnée, sauf adaptation à l'évolution des salaires, à nouveau] de 24 %. [...] »

Par écritures du 3 mai 2012 et - après avoir reçu une nouvelle copie du dossier de l'OAI mis à jour - du 7 juin 2012, l'assuré, avec l'assistance de sa mandataire, a contesté le nouveau projet de décision en renvoyant pour l'essentiel aux objections formulées en date du 22 décembre 2011. Sans donner de plus amples précisions, il a en outre fait valoir que, compte tenu de « l'évolution générale de son état de santé », il requérait non seulement une nouvelle expertise psychiatrique, mais une expertise pluridisciplinaire.

Le 21 juin 2012, l'OAI a transmis à la caisse de compensation compétente les données pour la rédaction, le calcul et la notification d'une décision d'octroi de rente limitée dans le temps, conforme au projet du 16 mars 2012.

f) Par décision du 13 septembre 2012, l'OAI a ainsi octroyé à l'assuré un quart de rente d'invalidité, assorti des prestations pour ses deux enfants (nés en 1994 et 1996), du 1^{er} avril 2009 au 30 juin 2009, puis une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2009 au 31 mars 2010. La rente entière mensuelle s'élevait ainsi à 735 fr. pour l'assuré et 294 fr. par enfant. Selon les décomptes de l'OAI, le montant total des arrérages de rente dus était versé au centre de prestations de l'Etablissement U._____ en remboursement d'avances et au Service des contributions du canton de Vaud. Pour le reste, l'argumentation contenue dans le projet de _____ décision _____ du 16 mars 2012 a été reprise.

E. **a)** Par acte de sa mandataire du 9 octobre 2012, l'assuré a interjeté un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu à la réforme de la décision de l'OAI « en ce sens

qu'une rente est accordée [...] et ce sans limitation de durée ». A la page 9 in fine de son acte de recours, il a précisé ses conclusions en expliquant requérir une rente entière dès le 18 août 2006 sans limitation temporelle. Il s'est réservé le droit de déposer un mémoire ampliatif suite à la réponse de l'OAI. Il a sollicité l'interpellation du Dr B._____ en vue de préciser, dans un rapport médical, son état de santé actuel et le traitement médical actuellement suivi. Il a également demandé la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire « répondant à la question de savoir si, actuellement, [son] état de santé [...] lui permet[tait] d'exercer une activité professionnelle, et à quel taux ». Il a enfin suggéré la tenue d'une audience.

L'assuré a fait valoir pour l'essentiel les objections soulevées le 22 décembre 2011 contre le projet de décision. Ainsi, il a invoqué, en substance, une contradiction « flagrante », d'une part, entre le rapport final du COPAI et le rapport du médecin-conseil de cette institution, le Dr W._____, et, d'autre part, l'avis médical du SMR du 11 août 2011. Bien que ces premiers eussent constaté qu'il était « assez volontaire », le COPAI et son médecin-conseil ne voyaient pas ce qu'il pourrait concrètement exercer comme activité et ce encore, à la condition qu'un employeur fût d'accord de l'engager malgré son aspect maladif et son taux de rendement moyen se situant entre 30 et 35%. Parallèlement aux constatations faites par le Dr W._____ d'une aggravation des plaintes et des problèmes de santé, le Dr B._____ avait également indiqué une aggravation de l'état de santé dans son dernier rapport médical du mois de mars 2011. Ces constatations avaient été relevées par l'assuré dans les échanges d'écritures précédant la décision attaquée. Elles auraient dû justifier de nouvelles investigations sur le plan médical et psychiatrique. En l'état actuel, le Dr B._____ signalait une aggravation de l'état de santé au niveau des vertèbres cervicales. De plus, l'assuré a renvoyé au diagnostic de pathomimie que le Dr Z._____ avait retenu dans son rapport du 19 mars 2011, dont l'administration aurait fait fi, mais qui ferait raisonnement avec les diagnostics posés par les médecins traitants déjà en 2008. Par ailleurs, il y aurait des contradictions « flagrantes » entre l'expertise

psychiatrique du Dr T. _____ et les diagnostics posés en 2008 par les Drs K. _____ et L. _____.

Par décision du 10 octobre 2012, le juge instructeur a octroyé à l'assuré, conformément à sa requête, l'assistance judiciaire en le libérant des frais judiciaires et en lui accordant l'assistance d'office d'un conseil en la personne de Me Anne-Louise Gillièreson.

Par réponse du 7 novembre 2012, l'intimé a produit son dossier et conclu au rejet du recours. Pour l'essentiel, il a renvoyé à l'avis de son Service juridique du 8 mars 2011 [recte : 2012], selon lequel l'instruction médicale était complète.

b) Par réplique du 21 janvier 2013, l'assuré a confirmé ses conclusions et derechef requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, tout en proposant divers noms de médecins au titre d'experts pour les volets psychiatrique, neurologique et appréciation de la douleur. Il a produit un courrier adressé le 17 octobre 2012 par le Dr B. _____ à sa mandataire. Ce médecin y a posé les diagnostics de « dorso-lombalgies, cervico-brachialgies, syndrome douloureux chronique, troubles de la personnalité probables et éventuelle pathologie psychiatrique à déterminer (état dépressif, syndrome de stress post-traumatique) », et finalement de « carence en vitamine D ».

Par ailleurs, il ressort ce qui suit du courrier de ce médecin :

« [...] Quelles sont les aggravations de l'état de santé de [l'assuré] ?

L'état de santé de [l'assuré] est perturbé depuis au moins 2006. Son état s'est aggravé suite à un accident de voiture le 24.01.2009, où il a été traité pour fracture de la clavicule gauche, fracture de l'avant-bras droit avec réduction ouverte et ostéosynthèse, fracture des arcs latéraux des corps vertébraux C3-C4. Par la suite, il a consulté en janvier 2010 pour des douleurs de la main droite, résultant d'une fracture de la tête du quatrième métacarpien avec bascule antérieure. [L'assuré] dit s'être tapé la main contre un mur. Le patient a renoncé à se rendre à une consultation spécialisée d'orthopédie, craignant l'indication à une éventuelle intervention

chirurgicale. L'évolution est favorable. En janvier 2011, c'est le problème antérieur des lombalgies qui s'est aggravé, justifiant le nouvel examen radiologique (scanner lombaire sans modification significative par rapport aux examens antérieurs). En février de la même année, il m'a consulté pour une acrocyanose et un œdème de la main droite. L'évolution est spontanément favorable. En août, c'est le problème lombaire qui a justifié une consultation, puis des douleurs cervicales en novembre 2011. En janvier 2012, des problèmes digestifs étaient au premier plan avec une gastrite. En septembre, le motif de la consultation, hormis des problèmes psychologiques, consistait principalement en cervico-brachialgies sévères. Une radiographie standard s'est avérée normale, avec une bonne évolution des fractures antérieures.

En conclusion, ces deux dernières années, l'état de [l'assuré] a été fluctuant, caractérisé par une chronicité des plaintes douloureuses et des troubles psychologiques, s'accompagnant d'aggravation transitoire de l'une ou l'autre symptomatologie.

Quel est votre diagnostic ?

- Dorso-lombalgies. Cervico-brachialgies. Syndrome douloureux chronique.
- Troubles de la personnalité probables et éventuelle pathologie psychiatrique à déterminer (état dépressif ? syndrome de stress post traumatique ?).
- Carence en vitamine D.

[...]

Quelle évolution peut-on escompter ?

Je suis relativement pessimiste sur le pronostic de [l'assuré]. Ses capacités adaptatives sont limitées par son problème psychologique. La prise en charge est rendue difficile, en raison de son irritabilité et de sa faible capacité de faire face au stress. Son état anxieux, ainsi que des réactions impulsives parasitent ses relations avec l'environnement thérapeutique. Son état affecte également toute la famille, surtout lorsqu'il souffre de troubles du sommeil importants et d'une irritabilité frisant l'explosivité. [...] »

Par duplique du 12 février 2013, l'OAI a maintenu sa position et renvoyé à un avis du Dr S. _____ du SMR du 29 janvier 2013 auquel il se ralliait. Selon cet avis, l'écriture du Dr B. _____ du 17 octobre 2012 contenait un rappel de l'histoire médicale de l'assuré, faisait un bref descriptif du traitement et mentionnait des diagnostics déjà connus. Il n'y avait aucun élément médical nouveau ou qui aurait été négligé de façon à modifier la position du SMR.

Par écriture du 19 mars 2013, l'assuré a également confirmé ses conclusions sans se déterminer au sujet de l'avis du SMR. Il a par ailleurs maintenu ses réquisitions quant à la fixation d'une audience et à la mise en œuvre d'une expertise médicale.

c) A la demande du juge instructeur, l'assuré a signalé en date du 15 décembre 2014 avoir requis la fixation d'une audience afin que le Tribunal pût le voir et l'entendre, ainsi qu'apprécier, non pas sur pièces uniquement, son état physique et ses réelles possibilités de réinsertion professionnelle.

Une audience a eu lieu en date du 3 mars 2015 au cours de laquelle l'assuré s'est expliqué, à l'aide d'un interprète de langue bosniaque. Il a été consigné ce qui suit :

« [...] Le recourant souhaite s'exprimer sur les circonstances, singulièrement sur la formulation de l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr T. _____ :

L'expertise s'est mal déroulée, en compagnie d'un traducteur arabe qui ne parlait presque pas ma langue, et je ne comprenais quasiment rien. J'ai dit à l'expert que j'envisageais de partir, sur quoi il m'a signalé que si je quittais l'entretien, il écrirait une mauvaise évaluation à l'attention de l'OAI.

Je confirme que je comprends le traducteur désigné par le Tribunal.

L'expertise auprès du Dr T. _____ a duré en tout entre 15 et 20 minutes.

J'ai expliqué à l'expert que je comprenais seulement entre deux et trois mots ; j'ai dit cela en bosniaque, mais c'était comme si je parlais à un mur.

Je vis grâce à l'aide sociale de 400 fr. Emotionnellement, je vis difficilement cette situation. Psychiquement, je me sens diminué, car dans ma culture, ce sont les hommes qui doivent subvenir aux besoins de la famille, non pas attendre l'aide sociale ou vivre des revenus de l'épouse.

J'aimerais travailler si je le pouvais. Le travail que vous estimez que je peux faire, je suis prêt à le faire. Pendant que j'étais en bonne santé, j'ai travaillé. J'étais l'homme le plus heureux quand j'amenais un salaire à ma femme et mes enfants.

Aujourd'hui, je ne peux pas travailler. Si c'était le cas, je le ferais. Avec une seule main, je ne suis pas capable de faire quoi que ce soit. J'ai un problème de dos depuis 8 à 9 ans et je vis avec mes douleurs. Avec ma main droite, je suis totalement incapable de faire quoi que ce soit.

Le recourant soulève son bras droit qui a une apparence plus enflée que celle de la main gauche et une couleur violacée. Il ajoute :

J'ai subi une opération où des plaques métalliques ont été apposées après l'accident de janvier 2009. Ma main droite est dans cet état depuis l'opération.

Le recourant ne peut pas faire le poing de la main droite. Sur question, il précise :

Je suis droitier.

Quand j'ai des douleurs au dos, j'ai également des douleurs qui descendent dans la jambe droite et des difficultés à tenir debout. J'ai aussi la nuque cassée. La clavicule à gauche est cassée et j'ai de la peine à lever le bras gauche.
Je vous ai indiqué l'ensemble de mes problèmes de santé.

Sur questions du juge en vue de compléter et préciser les faits, il indique :

Immédiatement avant mes problèmes de santé, j'ai travaillé dans le bâtiment, soit en peinture et électricité. Je travaillais comme manœuvre du bâtiment.

J'ai aussi travaillé dans une usine de traitement de métal.

S'agissant de l'accident du 24 janvier 2009, j'étais passager du véhicule.

J'ai été blessé à la main droite, à la nuque et à l'épaule gauche.

Sur question de l'intimé, il précise :

C'était l'hiver, il y avait de la neige, la chaussée était glissante avec de la glace. La voiture a glissé ; ma femme conduisait ; nous avons eu un choc frontal avec une autre voiture.

J'ai ensuite été à l'hôpital, où la police m'a interrogé, mais je ne connais pas les suites qui ont été données.

Sur questions du juge, le recourant explique :

J'ai toujours des douleurs depuis l'accident jusqu'à aujourd'hui. Une opération a été envisagée pour enlever les plaques métalliques que j'ai refusée vu que les médecins m'ont dit qu'il était possible de les laisser. Parfois, ma main gonfle et c'est une catastrophe. Parfois, elle dégonfle et devient comme l'autre. Il y a toujours des changements ; ça change également avec la météo. Aujourd'hui, j'ai des douleurs. Ceci dit, ça peut être pire, à savoir c'est plus enflé et je dois la tenir dans une attelle.

J'ai toujours été accompagné par ma femme à l'Hôpital [...]. Elle servait d'interprète. Elle parle un peu le français.

En plusieurs années, je n'ai été en Bosnie qu'une seule fois, avant mon accident. Je ne me souviens plus des dates.

J'y allais en mini-bus.

Sur demande de précision de son avocate, il indique en lien avec le rapport de la Dresse Q. _____ du 11 septembre 2009 :

Je ne me souviens pas du tout de ce rendez-vous médical.

Vu que les médecins m'ont indiqué que l'enlèvement des plaques métalliques était facultatif, je ne suis pas retourné à l'Hôpital [...], mais uniquement chez mon médecin traitant. [...] »

Les arguments des parties seront repris en tant que de besoin dans le développement infra.

E n d r o i t :

1.

1.1 Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

1.2 La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

1.3 In casu, le recours formé le 9 octobre 2012 contre la décision de l'OAI du 13 septembre 2012 a été interjeté en temps utile (cf. art. 60 al. 1 LPGA) et dans le respect des formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Pour rappel, le recourant, qui a déposé sa demande AI en octobre 2007, conclut à l'octroi d'une rente entière dès le 18 août 2006 sans limitation temporelle, tandis que l'intimé lui a octroyé un quart de rente du 1^{er} avril 2009 au 30 juin 2009 et une rente entière du 1^{er} juillet 2009 au 31 mars 2010 limitativement. Le recourant s'estime en incapacité totale de travail depuis le 18 août 2006. L'OAI lui a notamment opposé qu'il avait présenté une incapacité de travail entière dans toutes activités uniquement du 24 janvier 2009 au 31 décembre 2009. L'intimé soutient qu'avant et après cette période le recourant pouvait travailler dans une activité adaptée en dépit d'une perte de salaire, et présentait ainsi un degré d'invalidité de 24%. Cela lui donnait le droit à une rente uniquement pour la période limitée du 1^{er} avril 2009 au 31 mars 2010.

Vu que l'OAI a tranché dans une seule décision l'octroi et le refus de rente pour des périodes successives, l'ensemble de ces périodes fait partie de l'objet du litige, même si elles ne sont pas toutes litigieuses entre les parties (cf. ATF 131 V 164 ; 125 V 413).

2.1 Un assuré a droit à une rente s'il remplit notamment la condition d'être invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI). Un taux d'invalidité de 70% au moins ouvre le droit à une rente entière, un taux de 60% au moins à un trois quarts de rente, un taux de 50% au moins à une demi-rente et un taux de 40% au moins à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI, resp. al. 1 jusqu'au 31 décembre 2007).

Pour une personne active, qui sans invalidité aurait travaillé à plein temps, le taux d'invalidité est évalué en comparant le revenu qu'elle aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée

d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA en relation avec l'art. 28a al. 1 LAI, resp. art. 28 al. 2 LAI jusqu'au 31 décembre 2007).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI, resp. art. 29 al. 1 let. b LAI jusqu'au 31 décembre 2007). Depuis le 1^{er} janvier 2008 (date d'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision de la LAI), la rente ne prend naissance qu'après l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (cf. art. 29 al. 1 LAI ; RO 2007 5129 ss). Avant le 1^{er} janvier 2008, ce délai d'attente n'existait pas et une rente pouvait être accordée pour une période en principe de douze mois antérieure à la demande (cf. RO 1987 447 ss et ancien art. 48 al. 2 LAI ; Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2^{ème} éd. 2010, ad art. 29 LAI, p. 360/361).

In casu, vu que la demande AI date d'octobre 2007, cette ancienne règle s'applique pour autant que les autres conditions mises à l'octroi d'une rente, notamment en lien avec la notion d'invalidité, aient été remplies avant l'année 2008.

2.2 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

A teneur de l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

2.3 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif - donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité - les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF [Tribunal fédéral] I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6).

Cependant, en vertu de la jurisprudence fédérale, les facteurs psychosociaux ou socioculturels, que peuvent constituer notamment des circonstances contextuelles particulières, ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la loi. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le

médecin spécialisé (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C_144/2010 du 10 décembre 2010 consid. 4.1 et référence citée).

2.4 Dans la mesure où l'expert psychiatre, le Dr T._____, a évoqué un trouble somatoforme en l'espèce, il sera encore exposé ce qui suit :

2.4.1 Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité (cf. ATF 139 V 547 consid. 6 à 9). Au contraire, selon une jurisprudence valant jusqu'à récemment, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée.

D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec

différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 139 V 547 consid. 9.1 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; 131 V 49 consid. 1.2 ; 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 ; I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2 ; I 590/05 du 27 février 2007 consid. 3.1 et les références).

Enfin, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 in fine ; 131 V 49 consid. 1.2 in fine ; TF 9C_183/2008 du 18 mars 2009 consid. 5.2).

Le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4e éd., p. 191), sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 513/05 du 7 septembre 2006).

2.4.2 Cependant, en vertu d'une nouvelle jurisprudence modifiant explicitement la précédente (TF 9C_492/2014 du 3 juin 2015, destiné à la publication aux ATF ; commenté par Thomas Gächter / Michael E. Meier, Schmerzrechtsprechung 2.0, in : Jusletter du 29 juin 2015 ; cf. également Lettre-circulaire AI n° 334 du 7 juillet 2015 de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS]), il est renoncé à la présomption du caractère surmontable de la douleur. Désormais, le Tribunal fédéral exige une procédure d'établissement des faits structurée. La capacité de travail réellement exigible de la personne concernée doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler sur la base d'un catalogue d'indices qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (cf. TF cité consid. 3.6 et 4 pour le catalogue d'indices).

Eu égard aux indices retenus, il conviendra, plus qu'avant, de tenir compte des effets de l'atteinte à la santé sur les aptitudes de la personne concernée à exercer son travail et les fonctions de sa vie quotidienne. La phase diagnostic devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de « trouble somatoforme » présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes.

Le Tribunal fédéral a invité les Sociétés médicales à reformuler leurs lignes directrices et recommandations pour les expertises médicales afin de concrétiser les indices qu'il a retenus. Selon le Tribunal fédéral, on

trouve de telles directives depuis longtemps en Allemagne (TF cité consid. 5.1.2).

Le Tribunal fédéral a néanmoins souligné que cette nouvelle jurisprudence ne modifie en rien l'exigence légale selon laquelle il ne saurait y avoir incapacité de gain propre à entraîner une invalidité que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. De plus, même si des motifs psychosociaux – tels que l'intégration en Suisse – peuvent dans une certaine mesure jouer en rôle dans l'appréciation globale, une invalidité de travail ne saurait toujours pas être basée sur de tels motifs en soi (TF cité consid. 3.7.1 et 4.3.3 avec renvoi à l'ATF 127 V 294 consid. 5a).

2.5 Etant donné que l'OAI a octroyé une rente limitée dans le temps, il y a par ailleurs lieu de rappeler que, selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif dès une date précise et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente dès une date ultérieure, correspond, pour cette dernière partie, à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d ; TF 9C_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 2 in fine). Peu importe que la décision d'accorder la rente et celle de la supprimer par la suite aient été rendues, comme en l'espèce, dans un seul acte ou par deux actes distincts.

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire d'une rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation

du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b ; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Il en va de même, si un changement important des circonstances n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante (TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 3.1, in : SVR 2012 IV n° 18 p. 81 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd. 2009, n. 40 ad art. 43 LPGA). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier.

De plus, l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) stipule que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Dans le cas contraire, c'est-à-dire si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie (art. 88a al. 2 RAI). L'art. 29 bis RAI dispose que si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI celle qui a précédé le premier octroi.

3.

3.1 Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – doit se fonder sur des documents médicaux. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

3.2 En l'espèce, se pose dans un premier temps la question de savoir si l'intimé pouvait se fonder pour l'essentiel sur les rapports d'examens des Drs H._____ et T._____ ainsi que les avis du SMR et écarter notamment l'avis du médecin traitant, le Dr B._____, qui ne rejoint pas l'avis des médecins précités, pour rendre la décision dont est recours.

3.3 Dans le domaine médical, l'administration et le juge doivent examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, ils ne peuvent trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a).

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son

contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c). A cet égard, il importe que les points litigieux 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a). A cet égard, il convient 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 I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions.

Il en va de même si des 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/aa ; TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

Même en tenant compte de la jurisprudence rendue par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH), il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4). Cela étant, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées des doutes, mêmes faibles, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'avis de ce médecin et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; cf. également ATF 137 V 210 consid. 1.2.1). A contrario, l'appréciation d'un médecin interne à l'assurance peut se voir conférer pleine valeur probante lorsque le rapport concerné apparaît concluant, exempt de contradictions et qu'il ne subsiste aucun indice susceptible de faire douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

4. En l'occurrence, l'OAI a sollicité des rapports des différents médecins traitants et procédé à la mise en oeuvre d'exams au niveau psychiatrique (Dr T._____) et rhumatologique (Dresse H._____).

4.1 Les griefs soulevés par le recourant pour la première fois lors de l'audience du 3 mars 2015 au sujet du déroulement de l'entretien auprès de l'expert Dr T._____, notamment concernant les capacités linguistiques de l'interprète agissant lors de l'entretien entre l'expert et l'assuré, apparaissent tardifs sous l'angle du principe de la bonne foi (art. 5 al. 3 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 1.01]).

Selon ce principe, la partie qui s'aperçoit qu'une règle de procédure a été violée à son détriment ne saurait laisser la procédure suivre son cours sans réagir, dans le but, par exemple, de se réserver un moyen de nullité pour le cas où la décision à intervenir ne la satisferait pas (cf. ATF 132 II 485 consid. 4.3 ; 127 II 227 consid. 1b ; TF 9C_287/2012 du 18 septembre 2012 consid. 4.3.1). Le recourant aurait dû soulever ces griefs sans tarder, soit encore même avant que l'expert ne rende son rapport d'expertise dans un délai de trois semaines postérieurement à l'entretien. L'assuré ne se prévaut au demeurant pas de motifs qui l'auraient empêché d'invoquer plus tôt ce grief.

4.2 Cependant, à l'étude approfondie du dossier, on s'étonne qu'à l'occasion de l'expertise psychiatrique auprès du Dr T._____, dans la mesure où l'entretien avec le recourant a eu lieu le 26 janvier 2010, il n'y ait pas eu d'actualisation des constatations somatiques. Dans son anamnèse, le Dr T._____ se réfère à l'avis du SMR du 9 novembre 2009 comme dernier document médical. Cependant, ce document, tout comme l'avis subséquent du SMR du 1^{er} avril 2010, se rapporte uniquement aux constatations consécutives à l'examen rhumatologique de la Dresse H._____ du 2 juillet 2008 (cf. ci-dessus let. A.c), précisant que les limitations fonctionnelles ont été définies à l'issue de cet examen. Il ne prend ainsi, à tort, pas en considération les suites de l'accident du 24 janvier 2009, ce dont l'OAI se rendra compte ultérieurement dans son rapport d'entretien du 21 février 2011.

Certes, le Dr T._____ a, contrairement auxdits avis du SMR, également relevé l'accident précité en mentionnant, dans son anamnèse, les documents médicaux des Drs M._____, B._____, N._____ et R._____ des 17 mars, 17 avril et 10 juin 2009 (p. 11 et 12 du rapport).

Lors de son appréciation du cas (p. 18 à 21), il s'est toutefois limité à retenir que le recourant présentait tous les critères d'un syndrome somatoforme. Il a précisé, de manière générale en se référant à la « CIM-10 », que les caractéristiques essentielles de ces troubles étaient des

symptômes physiques, associés à des demandes d'investigation médicales, persistantes en dépit de bilan négatifs répétés et des déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. S'il existait un trouble physique authentique, celui-ci ne permettait pas de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet.

Par la suite, le Dr T._____ a mentionné uniquement les lombalgies dont souffrait le recourant depuis environ 2005 en retenant que selon les médecins, les symptômes exprimés par le recourant ne s'expliquaient pas par les lésions organiques objectivées. Le Dr T._____ n'a toutefois pas fourni davantage de précisions. Il n'a pas indiqué quels médecins avaient relevé que les symptômes exprimés par le recourant ne s'expliquaient pas par les lésions organiques objectivées. Il n'a pas non plus énoncé de manière claire les symptômes que le recourant aurait invoqués. Ainsi, on ignore à quoi fait précisément référence le Dr T._____. La partie « plaintes et données subjectives » de son rapport (p. 13) est formulée de manière très succincte. On y lit que l'assuré aurait déclaré « ne pas pouvoir travailler à cause de ses douleurs ». Ces douleurs ne sont pas spécifiées, si ce n'est qu'il est ajouté que le recourant aurait prétendu être nerveux, irritable, triste et avoir des sensations d'oppression dans la tête et dans la poitrine. On s'étonne que ne soient notamment pas mentionnées dans ce contexte par exemple les douleurs dorsales, voire les lombalgies constatées par les médecins somaticiens et sur lesquels le recourant fonde régulièrement, tout au long de la procédure administrative, une partie de ses plaintes. Les douleurs à la main droite ne trouvent également aucune mention.

En relatant l'absence de lésions organiques objectivées, le Dr T._____ a notamment passé outre les constatations des Drs N._____ et R._____ dans leur rapport du 10 juin 2009, lesquels avaient tout de même observé, suite à l'accident du 24 janvier 2009, des fractures de l'arc latéral de la vertèbre C3-C4, une fracture de la clavicule gauche ainsi qu'une fracture du radius distal droit. Ces médecins avaient par ailleurs relevé que le recourant était incapable de porter des charges et

d'utiliser des outils avec la main droite. Du point de vue orthopédique, ils avaient envisagé une cure du tunnel carpien pour amender les douleurs au niveau des doigts de la main droite. Ce document du 10 juin 2009 était par ailleurs le dernier rapport de médecins ayant examiné le recourant, versé au dossier de l'intimé avant la réalisation de l'expertise du Dr T._____. Vu la date du rapport et les constatations d'atteintes objectivées, il aurait donc mérité plus d'attention de la part de l'expert que d'être uniquement mentionné dans l'anamnèse. Le Dr T._____ n'a par ailleurs même pas expliqué pourquoi il ne tenait pas compte des conclusions du rapport du 10 juin 2009. Si ce rapport n'était pas mentionné dans l'anamnèse, on aurait l'impression que l'expert n'en avait tout simplement pas connaissance.

En outre, on rappellera que la Dresse H._____ avait elle-même relevé dans son rapport du 3 août 2011 (p. 7), des suites de l'accident de 2009, deux atteintes ostéo-articulaires en plus de la situation rachidienne préexistante ; elle avait même reconnu la « gravité » de la fracture du radius, dont l'expert psychiatre n'a pas tenu compte.

La Dresse H._____ avait également relaté dans son rapport du 16 juillet 2008 une atteinte rachidienne qui contre-indiquait, entre autres, tout travail lourd, à la chaîne, sur machine vibrante et en position statique prolongée assise et debout. Certes, elle avait conclu en principe à une capacité de travail entière, mais néanmoins avec une diminution de rendement due à la nécessité de changer régulièrement de position. Elle avait ainsi tout de même reconnu une « atteinte objective » restreignant le secteur professionnel accessible à une activité « adaptée aux limitations ostéo-articulaires » (p. 6 du rapport de la Dresse H._____ du 16 juillet 2008).

Quant au neurochirurgien, le Dr F._____, il avait pour sa part évoqué dans son rapport du 29 août 2007, sur le « plan objectif » la présence « d'une importante scoliose dorsolombaire ».

Dans cette mesure, on ne comprend pas comment le Dr T._____ a pu prétendre que « les symptômes exprimés par l'assuré ne s'expliquent pas par les lésions organiques objectivées » (p. 19) pour conclure finalement à un trouble somatoforme sans répercussions sur la capacité de travail. Par ailleurs, l'expert ne développe pas de manière claire, notamment en tenant compte de ce qui a été exposé ci-dessus au considérant 2.4.1 en lien avec les troubles somatoformes douloureux, pourquoi une réintégration dans le processus de travail serait exigible, tout en estimant que des mesures de réadaptation seraient vouées à l'échec (cf. p. 20 in fine de son rapport).

Vu ce qui précède, il ne peut pas être reconnu une pleine valeur probante au rapport d'expertise du Dr T._____. On ne voit pas que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que l'expert ait pris en considération les plaintes du recourant et procédé à son appréciation en pleine connaissance de l'anamnèse. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale ne sont en définitive pas claires et les conclusions du rapport insuffisamment motivées.

4.3 En ce qui concerne le rapport d'examen de la Dresse H._____ du 16 juillet 2008, celui-ci ne prête pas flanc à la critique et remplit tout les critères jurisprudentiels pour se voir conférer pleine valeur probante. Les constatations et diagnostics recouvrent pour l'essentiel les documents médicaux établis entre 2006 et 2008 par les Drs C._____, B._____, P._____, D._____ et F._____ (cf. ci-dessus let. A.a et A.b). Ces derniers ne se sont toutefois pas prononcé sur la capacité de travail du recourant, hormis le Dr B._____ qui a retenu dès le 27 février 2007 une incapacité de travail entière à long terme dans l'activité exercée jusqu'alors. Dans cette mesure, l'appréciation de la Dresse H._____ le rejoint. Au sujet d'une activité adaptée, le Dr B._____ a uniquement estimé qu'il y aurait une diminution de rendement probablement d'au moins 50%, mais qu'elle était « difficile à évaluer » (cf. rapport du 5

décembre 2007). La Dresse H._____ en tant qu'experte a estimé la diminution de rendement à 15%. Elle a expliqué cette diminution par les limitations fonctionnelles, en particulier la nécessité de changer régulièrement de position, tandis que le Dr B._____ n'a pas fourni de détails à ce sujet. Compte tenu des limitations fonctionnelles énumérées par la Dresse H._____, la diminution de rendement de 15% paraît plausible, voire vraisemblable. On ne voit pas pourquoi le rendement ne devrait être que de 50% dans une activité adaptée, si les limitations sont restreintes au changement de position régulier et à la limitation du port de charges, alors que le Dr B._____ a pour l'essentiel retenu les mêmes limitations fonctionnelles que la Dresse H._____ ; il y a uniquement ajouté qu'une position à genoux, en inclinaison du buste ou accroupie était exclue, tout comme le travail en hauteur sur une échelle, les horaires irréguliers et la nécessité de se baisser ; par ailleurs, le port de charges était à son sens limité à 5 kg. L'ajout de telles limitations ne saurait toutefois justifier une baisse de rendement supplémentaire. Quant aux autres médecins, ils ne font état d'aucun élément qui s'opposerait à l'appréciation de la Dresse H._____ ou que cette dernière aurait négligé.

Le rapport de la Dresse H._____ du 16 juillet 2008 présente au demeurant une étude circonstanciée des points litigieux à l'époque concernée avec des examens complets prenant en compte les plaintes du recourant et l'anamnèse. La description de la situation médicale, son appréciation et ses conclusions sont claires, voire dûment motivées. Rien ne fait douter du bien-fondé des conclusions corrélatives.

Dans cette mesure, il faut en principe retenir, au niveau somatique, une capacité de travail dans une activité adaptée de 85% jusqu'à _____ l'accident _____ du 24 janvier 2009.

4.4 Suite à cet accident, la Dresse H._____ a procédé à un nouvel examen en date du 12 juillet 2011 qui a donné lieu à son rapport du 3 août 2011. Elle y a maintenu les conclusions de son précédent

rapport de 2008, estimant le recourant apte à travailler dans une activité adaptée à plein temps avec une diminution de rendement de 15%.

Au sujet du membre supérieur droit, elle a retenu que le recourant n'était pas monomanuel, mais qu'il était possible que la force de la main soit un peu diminuée, ce qui allait se rétablir spontanément si l'assuré recommençait à travailler. Selon la spécialiste du SMR, la mobilité du poignet droit était quasi-totale, la mobilisation passive diminuée de 10° dans toutes les directions par rapport au poignet gauche. Il n'y avait pas d'amyotrophie visible. Vu la gravité de la fracture du radius, la mobilité regagnée était plus que satisfaisante. Au niveau des plaintes, le rapport retenait que le recourant avait déclaré que les douleurs à l'avant-bras, surtout au poignet variaient en intensité entre 0/10 et 6,5/10 ; à la date de l'examen, elles étaient de 1,5/10 ; parfois son poignet était enflé ; il pouvait lever et porter un grand sac de courses.

Dans son rapport de 2011 (p. 2 et 7), la Dresse H._____ a mentionné en partie les constatations du COPAI et du Dr W._____ de février 2011, communiquées à l'occasion du stage d'évaluation. Lors de ce stage, il avait été retenu que le recourant était en définitive monomanuel ; il ne se servait pas de sa main droite dominante. Le Dr B._____ a par ailleurs relaté dans un rapport du 14 mars 2011 que le recourant l'avait consulté en février lors de ce stage se plaignant depuis plusieurs jours d'épisodes répétés d'œdèmes et de cyanose de la main droite ; l'examen clinique montrait une cyanose de ce membre et un œdème remontant jusqu'au poignet, soit jusqu'à la cicatrice d'ostéo-synthèse ; il existait un gradient thermique. Le 9 mars 2011, ce médecin avait constaté une persistance d'une légère tuméfaction et d'un œdème de la main et du poignet droit, en dépit d'une « nette amélioration de la cyanose par rapport à février ». On rappellera au surplus que l'intimé lui-même, à l'occasion d'un entretien antérieur avec le recourant en août 2010, avait relevé dans le procès-verbal correspondant un problème au « poignet gauche » [sic]. Les Drs R._____ et N._____ des Etablissements hospitaliers G._____ avaient pour leur part constaté en juin 2009 une incapacité de porter des charges et d'utiliser des outils avec

la main droite. Puis, dans un rapport de ces mêmes établissements du 10 septembre 2009 (qui a été versé au dossier de l'OAI le 16 mai 2011), la Dresse Q._____ avait signalé qu'à la date de son examen, le poignet était indolore, avec une mobilité complète, sans troubles sensitifs et sans problème de la force. Dans un courrier rédigé le 19 mars 2011 par l'angiologue, le Dr Z._____, étaient soulevés au sujet de la main et du poignet les hypothèses d'un Sudeck, d'un spasme veineux ou d'une pathomimie. Un collègue français du Dr Z._____ aurait a priori admis une pathomimie. Par pathomimie est entendu un trouble factice ; la personne concernée éprouverait un besoin morbide (maladif) de simuler une maladie en s'imposant des symptômes inventés et pouvant aller jusqu'à endommager son propre corps pour provoquer délibérément des lésions. Ledit médecin français, dont le nom n'est pas connu, n'avait toutefois pas examiné lui-même le recourant. Il avait proposé aux médecins traitants de rechercher des zones de garottage. Le dossier ne contient toutefois plus rien à ce sujet, si ce n'est l'explication du Dr S._____ du SMR, datée du 19 janvier 2012, selon laquelle ce diagnostic se rangeait dans la même catégorie que la simulation. Ce dernier médecin n'a toutefois pas non plus examiné le recourant et ne disposait pas de plus amples informations pour confirmer l'hypothèse du médecin français. Pour le reste, le Dr S._____ s'est avant tout fondé sur l'appréciation du Dr T._____ laquelle, comme exposé ci-dessus au considérant 4.2, ne peut se voir accorder pleine valeur probante. Quant aux Drs Z._____ et B._____ ou à d'autres médecins consultés, ils n'ont eux-mêmes pas fait part de constatations directes, de nature à confirmer une simulation ou une pathomimie.

La Dresse H._____ n'a de son côté pas traité cette problématique de manière plus approfondie. Elle ne s'est notamment pas prononcée sur ces diverses constatations et hypothèses. En définitive, elle s'est contentée de sa propre observation factuelle, démontrant que le recourant avait notamment pu écrire et dessiner avec la main droite sans signe non verbal de gêne ou de douleur et pouvait lever et porter un grand sac de courses (p. 3 et 7 du rapport). S'il est parfois reproché au recourant d'être très démonstratif dans ses douleurs, voire de simuler ou de vouloir

convaincre les médecins de sa maladie (cf. notamment rapport du Dr T. _____), on s'étonne alors qu'il ait écrit et dessiné face à la Dresse H. _____ sans faire part de douleurs, tout en déclarant pouvoir porter de grands sacs. L'appréciation de la Dresse H. _____ n'a pas non plus porté sur les allégations du recourant que les douleurs variaient de 0 à 6,5 sur une échelle de 10, alors que lors de l'examen elles étaient évaluées à un niveau plutôt bas de 1,5. Elle n'a pas non plus mentionné, contrairement aux Drs N. _____ et R. _____, le maniement d'outils qui nécessite, en comparaison à l'écriture ou au dessin, plus de force, ni d'autres mouvements mettant à contribution notamment le poignet. En outre, les dernières radiographies et autres investigations sur lesquelles la Dresse H. _____ s'est fondée dataient du jour de l'accident (24 janvier 2009) pour l'avant-bras et le poignet, respectivement du 16 février 2009 pour la colonne lombaire (cf. p. 6 du rapport du 3 août 2011).

De plus, dans un rapport du Dr B. _____ du 17 octobre 2012, est évoqué - pour la première fois en procédure AI - que le recourant l'avait consulté en janvier 2010 « pour des douleurs de la main droite, résultant d'une fracture de la tête du quatrième métacarpien avec bascule antérieure », le recourant ayant déclaré « s'être tapé la main contre le mur ».

Enfin, lors de l'audience du 3 mars 2015, le Tribunal de céans a pu constater que la main droite du recourant avait une couleur violacée et une apparence nettement enflée par rapport à la main gauche.

Etant donné les éléments qui précèdent, il n'est pas exclu que l'appréciation de la Dresse H. _____ corresponde dans son résultat à la réalité. Il subsiste néanmoins des doutes en particulier quant à l'état du membre supérieur droit, qui est essentiel chez une personne avec dominance de la main droite. Les constats à cet égard sont susceptibles d'influencer de manière prépondérante la détermination de la capacité de gain.

4.5 Il s'avère en conséquence que les faits n'ont pas suffisamment été élucidés, tant sur le plan psychiatrique que somatique. Par ailleurs, vu les atteintes et plaintes somatiques invoquées par le recourant depuis son accident du 24 janvier 2009, un examen au niveau rhumatologique, s'intéressant au diagnostic et au traitement des maladies de l'appareil locomoteur, s'imposait, de même qu'un examen au niveau orthopédique et neurologique, voire des domaines de la neurochirurgie et de l'antalgie. En définitive, une expertise pluridisciplinaire, incluant un volet psychiatrique, aurait été judicieuse.

4.6

4.6.1 Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (TFA C 206/00 du 17 novembre 2000 consid. 2, in : DTA 2001 n° 22 p. 170). De plus, un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5 ; 138 V 318).

4.6.2 En l'espèce, l'intimé s'est contenté d'examens réalisés par un médecin interne à l'assurance au niveau rhumatologique et d'une expertise par un psychiatre externe qui s'est déterminé sans concertation avec les somaticiens spécialisés. Selon ce qui a été exposé plus haut, l'intimé aurait par ailleurs dû envisager des examens d'autres spécialités suite à l'accident du 24 janvier 2009, le tout dans le cadre d'une expertise pluridisciplinaire avec une concertation entre les différents experts. En définitive, les faits ont donc été constatés de façon insuffisante, puisque il n'y a pas eu d'éclaircissement dans divers domaines spécialisés. En outre, vu ce qui précède, l'intimé aurait pu reconnaître, en l'état de son dossier, que les deux rapports des Drs T._____ et H._____ des 19 février 2010 et 3 août 2011 ne remplissaient pas toutes les conditions pour pouvoir fonder la décision querellée. Il manquait notamment diverses explications (cf. ci-dessus consid. 4.2 et 4.4). La mise en œuvre d'une expertise par le tribunal lui-même se serait imposée, si le besoin d'une nouvelle expertise n'était devenue évidente qu'en procédure judiciaire, parce que des éléments objectivement vérifiables et suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des experts n'étaient apparus, malgré une instruction irréprochable de l'administration, qu'après la décision attaquée (par exemple par un nouveau rapport médical ou une expertise privée). En l'occurrence, une telle situation ne s'est pas présentée, puisque la nécessité d'une instruction supplémentaire s'avèrait nécessaire déjà sur la base du dossier de l'OAI à la date de sa décision.

4.6.3 Dès lors, la cause doit être renvoyée à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (cf. ci-dessus consid. 4.5), puis nouvelle décision dans le sens des considérants concernant la capacité de travail depuis début 2006 (cf. ci-dessus consid. 2.1) jusqu'à l'accident du 24 janvier 2009, puis dès le 1^{er} janvier 2010 (pour la période directement après l'accident, cf. ci-après consid. 5). Les experts mandatés décideront s'il est opportun d'inclure des experts d'autres spécialités. Dans la mesure où les experts envisagent le diagnostic de trouble somatoforme ou d'une affection psychosomatique assimilée, il devront tenir compte de la nouvelle jurisprudence du Tribunal

fédéral (TF 9C_492/2014 du 3 juin 2015 ; cf. également ci-dessus consid. 2.4.2).

5. Les parties s'accordent pour admettre que le recourant présentait, suite à son accident du 24 janvier 2009, une incapacité de travail entière dans toutes activités dès cette date et jusqu'au 31 décembre 2009. Cela correspond aux conclusions de la Dresse H._____ communiquées par son rapport d'examen du 3 août 2011 (p. 8) et du Dr S._____ du 11 août 2011. Il n'y a pas lieu de revenir sur ce point. Certes, la Dresse Q._____ avait remarqué dans son rapport du 10 septembre 2009 que la mobilité de l'épaule gauche ne présentait aucun problème, de même que celle du poignet droit, au demeurant indolore, tandis que la colonne cervicale restait douloureuse. Cela étant, lorsque les Drs H._____ et S._____ ont livré leur appréciation, le rapport de la Dresse Q._____ leur était déjà connu, puisque la Dresse H._____ a expressément évoqué ce document.

Dans cette mesure, l'octroi d'une rente entière, fondée sur un degré de 100%, par l'OAI pendant la période s'étendant du 1^{er} juillet 2009 au 31 mars 2010 n'apparaît pas critiquable, ce également compte tenu de l'art. 88a al. 1 RAI mentionné supra, s'agissant de l'interruption de cette prestation.

Dans l'hypothèse où, à l'issue de l'instruction complémentaire que devra diligenter l'intimé (cf. ci-dessus consid. 4), le degré d'invalidité avant l'accident devait être maintenu à 24% (cf. ATF 104 V 141 consid. 2), le recourant n'aurait droit à une rente AI que dès le 1^{er} avril 2009, comme l'a à juste titre exposé l'OAI, vu la condition de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (resp. art. 29 al. 1 let. b LAI jusqu'au 31 décembre 2007) imposant une incapacité de travail pendant une année de 40% au moins sans interruption notable (cf. pour le début du délai d'un an dès la survenance d'une incapacité, voire d'une perte de gain, d'au moins 20% : Pratique VSI 1998 p. 126 ; TFA I 857/02 du 24 mars 2004 consid. 2.3 ; Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die

Invalidenversicherung, 3^{ème} éd. 2014, n. 25 et 32 ad art. 28 LAI ; Meyer, op. cit., ad art. 28 LAI, p. 279 in fine et 280 ; Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], ch. 2010 à 2018 et annexe II ; cf. aussi ATF 104 V 191 consid. A ; 96 V 34, en particulier p. 40). Ne serait pas davantage critiquable que l'intimé n'ait octroyé qu'un quart de rente dès le 1^{er} avril 2009 et une rente entière uniquement dès le 1^{er} juillet 2009 (cf. ATF 109 V 125 ; Meyer/Reichmuth, op. cit., n. 6 à 10 ad art. 29 LAI).

Si au contraire, à l'issue de ladite instruction complémentaire, il devait s'avérer que le degré d'invalidité était supérieur au 24% avant l'accident, l'intimé devrait alors réexaminer le versement d'une rente éventuellement plus élevée dès le 1^{er} avril 2009, voire antérieurement.

6. Vu l'exposé qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la cause est renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants (cf. ci-dessus consid. 4.6.3), la rente entière accordée pour la période du 1^{er} juillet 2009 au 31 mars 2010 étant confirmée.

7.

7.1 Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

7.2 Le recourant obtenant gain de cause a droit à des dépens qui comprennent une participation aux frais d'avocat et sont fixés, sans égard à la valeur du litige, notamment d'après l'importance et la complexité de celui-ci. Sont ainsi mis à la charge de l'OAI 3'000 francs à titre de dépens (cf. 61 let. g LPGA ; 55 LPA-VD et 7 TFJDA [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]).

7.3 Dans la mesure où ces dépens ne couvrent pas l'intégralité des frais de représentation de l'avocate, il convient de fixer la rémunération de cette dernière laquelle a œuvré en tant que conseil d'office du recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire.

Me Gillieron a produit le 16 mars 2015 la liste de ses opérations comprenant des activités d'avocat pendant 21 heures et 15 minutes, 120 fr. de frais de vacation pour le déplacement à l'audience et des débours pour frais postaux et de photocopies de 206 francs. Hormis six correspondances à la Justice de Paix qui correspondent à une heure de travail et ne sont pas en lien direct avec la défense des intérêts de l'assuré dans la présente cause, la liste en question n'appelle pas de remarque particulière. On admettra donc 20 heures et 15 minutes au tarif horaire de 180 fr. avec les autres frais énumérés, majorés de la TVA de 8%, ce qui permet d'aboutir à un montant total arrondi de 4'289 francs.

Cette indemnité étant partiellement couverte par les dépens à hauteur de 3'000 fr. (cf. consid. 7.2), le solde de 1'289 fr. est provisoirement supporté par le canton. Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser ce dernier montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, 18 al. 5 LPA-VD).

Il incombera au service de justice législation de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RA) [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision attaquée est réformée en ce sens que la rente entière d'invalidité, accordée pour la période du 1^{er} juillet 2009

au

31 mars 2010, est confirmée, la cause étant renvoyée pour le surplus à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires de 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant le montant de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.
- V.** Il est alloué à Me Anne-Louise Gillièron, conseil d'office du recourant, une indemnité fixée, après déduction des dépens précités, à 1'289 fr. (mille deux cent huitante-neuf francs), TVA et débours compris.
- VI.** Le recourant est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office, laquelle est mise provisoirement à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Anne-Louise Gillièron, à Yverdon-les-Bains (pour X._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :