

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 7 février 2014

---

Présidence de M. MERZ  
Juges : Mme Thalmann et M. Bonard, assesseur  
Greffier : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

M. \_\_\_\_\_ à [...], recourant, représenté par PROCAP Service juridique, à  
Bienne

et

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

---

**Art. 6, 7, 8, 16, 61 let. c LPGA et 28 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1968, d'origine portugaise, est arrivé en Suisse en 1997. Au Portugal, où il n'a suivi aucune formation professionnelle, il avait notamment travaillé en tant que manœuvre sur les chantiers, aide-boucher et chauffeur-livreur. Pendant ses premières années en Suisse, il a exercé diverses activités dans l'hôtellerie (telles que casseroier, portier, homme d'entretien). Depuis janvier 2004, il était employé en qualité de manœuvre (poseur de chapes) sur des chantiers pour le compte de la société de travail temporaire HH. \_\_\_\_\_ à [...]. À ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) contre les accidents professionnels et non professionnels. Étant d'abord au bénéfice d'un permis de séjour limité dans le temps, il est depuis l'été 2008 titulaire d'un permis d'établissement (permis C).

En date du 31 octobre 2006, sur le lieu de travail, un tuyau sous pression utilisé pour répandre du ciment a frappé l'assuré au niveau de la malléole externe de la cheville droite. Le lendemain, ce dernier s'est trouvé dans l'impossibilité de marcher et a dû se rendre aux urgences de l'hôpital de sa région.

Une déclaration de sinistre a été complétée le 2 novembre 2006 par l'employeur, HH. \_\_\_\_\_, qui a décrit l'événement comme suit : « s'est encoulé et s'est fait une entorse ». Pour des précisions sur le type de lésion, il était renvoyé au médecin.

Dans un rapport du 14 décembre 2006, le Dr V. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint au sein de l'Hôpital W. \_\_\_\_\_, où s'était présenté l'assuré, a retenu une entorse à la cheville droite. Des examens radiologiques ont mis en évidence une arthrose de l'ensemble des articulations de la cheville droite avec une ostéophytose marginale, une géode sous-chondrale ainsi qu'une déformation en griffe des orteils. L'assuré a bénéficié d'une attelle plâtrée et d'un traitement antalgique.

L'incapacité de travail était de 100% dès la date de l'accident. Le traitement était supposé se terminer le 8 novembre 2006, tandis que l'assuré aurait pu reprendre le travail dès le 16 novembre 2006.

Cela étant, selon certificat médical du 13 décembre 2006, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin généraliste et médecin traitant de l'assuré, a attesté d'une incapacité totale de travail dès le 16 décembre 2006 suite à l'incident \_\_\_\_\_ du 31 octobre 2006.

La suite du traitement a été confiée au Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, ainsi que médecin associé auprès de l'Hôpital F.\_\_\_\_\_ et du Centre Hospitalier R.\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 22 décembre 2006 à l'attention du Dr Z.\_\_\_\_\_, ce médecin a posé le diagnostic de lésion ligamentaire externe de la cheville droite consécutivement \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ l'accident \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> novembre 2006 (recte : 31 octobre 2006). Il a en outre relevé la présence de séquelles d'un polytraumatisme, survenu alors que l'assuré était âgé de 15 ans, avec lésion du nerf sciatique poplitée externe et parésie des extenseurs des pieds, des orteils et des tendons péroniers à droite. Il a prolongé l'incapacité de travail totale dans l'activité exercée avant l'accident.

Dans un rapport subséquent du 5 février 2007 adressé au Dr Z.\_\_\_\_\_, le Dr D.\_\_\_\_\_ a retenu ce qui suit :

« Dans l'intervalle, grâce à la vivacité de sa femme, les choses ont été reprises en main. Autant le patient que sa femme se rendent compte de la difficulté de poursuite de travail actuel et de la nécessité d'une réorientation professionnelle. [...] Je peux aller tout à fait dans ce sens [...] on prévoit donc une réorientation professionnelle vers un travail à plat, incluant même la conduite d'un véhicule automobile. Parallèlement à ceci, répondre positivement à la nécessité des moyens auxiliaires sous forme d'une paire de chaussures orthopédiques sur mesure comportant un effet stabilisant d'un point de vue médio-latéral, une latéralisation du talon pour lutter contre l'insuffisance des tendons péroniers et également un effet Heidelberg intégré. [...] »

En date du 14 février 2007, l'assuré a formulé une demande de prestations auprès de l'assurance invalidité (AI).

Par courrier du 16 mars 2007, l'assuré a été licencié par son employeur, HH.\_\_\_\_\_, avec effet au 20 avril 2007, ce qui a également mis un terme à la couverture de l'assurance perte de gain en cas de maladie dès cette dernière date.

Dans un rapport du 5 avril 2007 à l'attention de la CNA, le Dr D.\_\_\_\_\_ a repris les constatations énoncées dans sa précédente appréciation \_\_\_\_\_ du 22 décembre 2006, décrivant comme suit l'évolution probable de la situation :

« Une démarche AI est en cours pour la reconversion professionnelle, sachant que le patient présente toujours une instabilité de sa cheville droite et des douleurs résiduelles importantes sur le trajet du ligament péronéo-talien. Parallèlement à ceux-ci, des chaussures orthopédiques sur mesure comportant un effet stabilisant d'un point de vue médio-latéral, une latéralisation du talon pour lutter contre l'insuffisance des tendons péroniers et également un effet Heidelberg intégré ont été prescrites et un soutien à l'AI a été demandé pour ceci. »

Selon un rapport d'entretien du 21 mai 2007, rédigé par un inspecteur de la CNA suite à une visite auprès de l'assuré, celui-ci aurait expliqué être « très remonté aussi bien contre l'hôpital de [...], le Dr Q.\_\_\_\_\_ de [...] que contre le Dr Z.\_\_\_\_\_, car ces médecins n'auraient pas diagnostiqué tout de suite que c'était en fait à nouveau le nerf atteint lors de son accident au Portugal qui avait à nouveau lâché » suite à l'incident du 31 octobre 2006. Ce ne serait finalement que le Dr D.\_\_\_\_\_ qui aurait compris de quoi il souffrait effectivement. Au Portugal, il avait été renversé à l'âge de 15 ans sur un passage pour piétons par une voiture ; le nerf sciatique de sa jambe droite avait alors été sectionné ; jusqu'à \_\_\_\_\_ l'accident \_\_\_\_\_ du 31 octobre 2006 il n'avait plus jamais ressenti aucun trouble dans la jambe droite.

Par courrier du 30 mai 2007 adressé au recourant, la CNA a déclaré suspendre toutes prestations d'assurances avec effet immédiat ; elle procéderait immédiatement aux investigations nécessaires à l'élucidation du cas de l'assuré et l'en informerait dès que possible. Par la suite, l'assuré a été mis au bénéfice d'une aide du Centre social intercommunal de [...] (cf. lettre de ce centre du 27 août 2007).

Selon un courrier du Dr D. \_\_\_\_\_ du 4 juillet 2007 adressé au bottier orthopédiste, l'assuré se plaignait de douleurs importantes sur le trajet des péroniers et en talocrural antérieur ; les chaussures prescrites par le médecin n'avaient pas été correctement exécutées et les supports plantaires avaient été montés à l'envers dans les chaussures. Aux termes d'un autre courrier de ce médecin adressé le même jour au Dr Z. \_\_\_\_\_, l'arrêt de travail se maintenait à hauteur de 100%.

Par certificat médical du 31 août 2007, le Dr D. \_\_\_\_\_ a attesté de la persistance de l'incapacité de travail totale à tout le moins jusqu'au 30 septembre 2007.

Le 24 septembre 2007, l'assuré s'est soumis à un examen auprès du Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin associé universitaire à [...], mandaté aux fins d'expertise orthopédique par la CNA. Dans le rapport corrélatif du 2 octobre 2007, ce médecin a notamment relevé, au stade de l'anamnèse, l'apparition d'un problème psychosocial ayant abouti à un état dépressif depuis que la CNA avait supprimé ses prestations. Il serait d'ailleurs en traitement chez un médecin du fait de cette atteinte. L'expert a toutefois observé que l'assuré semblait psychologiquement fragile depuis son arrivée en Suisse puisqu'il avait vu régulièrement le Dr Z. \_\_\_\_\_ à cet égard et qu'actuellement, même après un changement de thérapeute, cette problématique suprasensorielle était apparemment encore présente.

Au niveau orthopédique, le Dr H.\_\_\_\_\_ a fait état des diagnostics suivants :

- « Status après contusion malléolaire externe plus ou moins lésion ligamentaire associée de la cheville droite survenue le 01.11.2006.
- Paralysie de l'extenseur propre du gros orteil, de l'extenseur commun des orteils et des péroniers droit sur probable lésion du nerf sciatique poplitée externe associé à une atteinte du ligament collatéral latéral du point d'angle poséro-externe et probablement du ligament croisé postérieur suite à un accident de la voie publique survenue à l'âge de 15 ans.
- Status après résection d'une tumeur cutanée de la face dorsale du 4ème rayon du pied droit il y a 4-5 ans.
- Steppage du pied à la marche avec douleurs dans la région périmalléolaire externe d'origine multifactorielle, en train d'être appareillé par des chaussures orthopédiques sur mesure avec les plantaires incorporés à effet de type attelle d'Heidelberg. »

Dans le cadre de sa discussion du cas, le Dr H.\_\_\_\_\_ a notamment exposé ce qui suit :

« [...] il n'existe aucun status préexistant à l'événement du 31.10.2007 (recte : 2006) qui pourrait nous aider à trancher. On ne peut donc pas se faire une idée exacte de l'atteinte préexistante au niveau de la cheville, et en particulier au niveau des trois faisceaux du ligament latéral externe.

En conséquence, ceci entraîne que médicalement, en l'absence de ces informations, tout ce qu'on peut affirmer c'est que le patient semblait stabilisé et était apte à travailler à 100% et que depuis ce dernier, il garde une tuméfaction péri-malléolaire objective. Selon ses dires, cette dernière n'était pas présente auparavant. On est vraisemblablement obligé d'admettre que cet événement l'a décompensé et en conséquence, qu'il s'agit probablement d'une aggravation durable.

Il est clair cependant que cette affirmation ne peut pas être totalement prouvée puisque le seul examen complémentaire qui a été fait à l'époque est un CT-scan qui ne montre pas l'importance de l'atteinte fraîche des parties molles, en particulier au niveau des ligaments.

On ne peut pas prouver non plus que sans l'évènement du 31.10.2006, le patient aurait décompensé aussi rapidement sa cheville et se serait retrouvé limité dans la station debout, entraînant une incapacité de travail dans son ancienne profession de poseur de chapes.

Concernant l'avenir, je pense que le cas n'est pas encore stabilisé puisque le patient n'a toujours pas eu ses chaussures orthopédiques sur mesure avec lit plantaire incorporé, du temps ayant été perdu

par mauvaise interprétation de l'ordonnance faite par le premier technicien orthopédiste [...].

C'est pourquoi, à mon avis, la question de la causalité naturelle doit éventuellement être rediscutée une fois que le patient aura ses chaussures orthopédiques. L'évolution à ce moment-là devrait s'améliorer nettement et le patient devrait voir ses plaintes fortement diminuées, voire disparaître.

Pour ce qui est de la capacité de travail, il est clair que les lésions importantes préexistantes avant l'événement du 31.10.2006 limitaient déjà l'indication à une activité debout toute la journée nécessitant des efforts. Même sans l'événement du 31.10.2006, le patient très vraisemblablement, compte tenu de l'importance des lésions dégénératives, risquait de toute façon de devoir changer de profession avant l'âge de la retraite, même si cela, vraisemblablement, se serait fait plus tard. C'est pourquoi un statu quo sine n'est pas encore totalement exclu.

En l'état actuel, ce qui est certain, c'est que même si les chaussures orthopédiques font diminuer la symptomatologie, il est impératif, compte tenu que ce patient n'a pas encore 40 ans, qu'il retrouve un travail dans une activité semi-assise ne nécessitant pas le port de charges lourdes, répétitives, comme l'a d'ailleurs très bien mentionné le Dr D.\_\_\_\_\_. Ceci correspond à toute activité d'emballage à la chaîne, de surveillance de machines, de travaux à l'établi, éventuellement de chauffeur livreur de produits légers.

Compte tenu qu'actuellement, il n'a plus d'employeur, cela entraîne que le patient peut très bien s'inscrire au chômage dans le but de retrouver un travail satisfaisant à ses exigences. Si ces dernières sont respectées, alors comme l'a mentionné le Dr D.\_\_\_\_\_, il est très probable que sa capacité de travail sera de 100 %. [...] »

En réponse aux questions explicites sur la capacité de travail, le

Dr H.\_\_\_\_\_ a retenu qu'une activité debout toute la journée n'était plus recommandée. Sur le plan strictement orthopédique, l'assuré devait disposer d'une activité adaptée. Celle-ci devait se dérouler en position assise ou semi-assise sans grands déplacements. Les terrains irréguliers devaient être évités. Le port de charges répétitives, s'il était lourd, était également contre-indiqué. Si ces conditions étaient respectées, alors il était très probable que la capacité de travail serait complète avec un horaire et un rendement normaux.

Dans un courrier non daté, indexé par la CNA le 27 septembre 2007, l'assuré a notamment expliqué être en pleine dépression, victime

« d'états d'anxiété et de tensions », ainsi que « d'attaques de panique nerveuse ».

Par courrier du 27 novembre 2007, la CNA a approuvé le devis pour la confection d'une deuxième paire de chaussures orthopédiques.

Aux termes d'un certificat du 28 novembre 2007, le Dr D. \_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail jusqu'au 31 décembre 2007, qu'il prolongera par la suite au-delà de cette date.

Dans un courrier du 29 novembre 2007 adressé au médecin-conseil de la CNA, le Dr D. \_\_\_\_\_ a mis en exergue, après un contrôle de l'assuré \_\_\_\_\_ effectué \_\_\_\_\_ le 28 novembre 2007, les éléments cités ci-dessous :

« [...] Il s'agissait surtout pour le patient de me montrer son appareillage qui a été réalisé [...] sous forme de chaussures orthopédiques sur mesure [...]. Le patient est très content de cet appareillage qui l'améliore beaucoup, naturellement il peine encore dans les déplacements prolongés. [...]

Ce patient reste très volontaire, en tout cas c'est ce qu'il affirme, je pense qu'il est souhaitable qu'on puisse accélérer les choses du point de vue de la reconversion professionnelle et c'est cette demande pressante que j'adresse au médecin-conseil de l'AI qui nous lit en copie. Je partage tout à fait l'avis du Dr H. \_\_\_\_\_ dont le patient m'a apporté aujourd'hui le compte rendu d'expertise pour une activité assise ou semi-assise voir éventuellement une activité de chauffeur pour autant qu'il n'y ait pas de port de charges. Ceci rejoint assez bien les aspirations du patient qui rêve d'une activité de chauffeur. J'espère que ceci pourra être réalisé. D'ici là, la capacité de travail reste bien entendue nulle dans l'activité antérieure. »

Sur proposition de la CNA du 13 décembre 2007, l'assuré a séjourné du 6 au 27 février 2008 à la Clinique J. \_\_\_\_\_ à [...] pour une évaluation professionnelle et un bilan pluridisciplinaire. Cette clinique a rendu son rapport le 1<sup>er</sup> avril 2008 auquel ont été jointes les notes des différents services sollicités (rapports des ateliers professionnels, de radiographie, d'électroneuromyographie [ENMG], de scintigraphie osseuse, de physiothérapie et psychiatrie). Le rapport correspondant, signé par les médecin adjoint, respectivement médecin assistant, les Drs C. \_\_\_\_\_ et Y. \_\_\_\_\_, fait état des mêmes diagnostics que le Dr

D.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 5 avril 2007. La Clinique J.\_\_\_\_\_ a cependant pris en considération, à l'instar du Dr H.\_\_\_\_\_, un steppage du pied droit et des douleurs d'origine plurifactorielle. Elle a présenté le cas de l'assuré notamment selon les termes cités ci-dessous :

« [...] on peut considérer que le sujet sous-estime de manière importante ses aptitudes fonctionnelles. Durant la passation des tests la volonté de donner le maximum a été insuffisante, le patient ayant arrêté prématurément la majorité des tests, annonçant des douleurs et une peur de les voir s'aggraver. Le patient a de plus dû être constamment stimulé à poursuivre les tests en cours. Le niveau de cohérence durant l'évaluation est moyen, les discordances relevées étant les suivantes (pas d'augmentation de la FC avec l'accroissement des efforts, la force au tirer statique n'est pas supérieure à celle du pousser statique, discordances entre le score au questionnaire PACT et niveau d'effort fourni). De plus, durant les tests la connaissance des techniques de travail ergonomique est moyenne et la plupart des tests sont effectués en décharge totale du membre inférieur droit. Les résultats des tests fonctionnels indiquent donc d'importante autolimitation difficile à expliquer par les seules constatations cliniques objectives.

Du point de vue professionnel, [le patient] travaillait comme chapeur. Lors de l'évaluation dans nos ateliers professionnels, le patient se plaint de douleurs du pied, en particulier du talon, lors des activités réalisées en position debout, ou en alternant les positions.

En revanche, la conduite du minibus de la clinique a été possible durant deux heures sans plainte particulière. Lors de deux tests normés (tri de petites pièces et pose de bacs métalliques), le rendement du patient a été respectivement de 65 et 50 %. Lorsqu'on évoque avec le patient son avenir professionnel, il émet le désir de trouver une activité dans la conduite automobile, soit en tant que chauffeur-livreur léger, soit en tant que conducteur de personnes, aucune autre piste n'a pu être évoquée.

De plus, il a été impossible d'atteindre des périodes de 4 heures consécutives qui sont un des pré-requis à une réinsertion professionnelle, en raison des douleurs rapportées au pied. Le patient est resté fixé sur sa symptomatologie, imperméable à toute autre activité que celles liées à la conduite. Ses attentes vis-à-vis du monde médical et asséurologique sont apparues disproportionnées, le patient réclame qu'on lui trouve un travail puisqu'il ne peut plus travailler comme chapeur. Nous l'avons cependant rendu attentif au fait que son absence de formation, sa pratique très insuffisante du français, un faible salaire rendraient peu probable une intervention de l'AI (en dehors d'une possible aide au placement). Toutes les informations en consultations ont eu lieu avec un traducteur.

Du point de vue médical, on peut actuellement considérer la situation comme stabilisée et la reprise d'une activité professionnelle en tant que chapeur n'est plus réalisable. Par contre, toute activité adaptée ne nécessitant pas de port de lourdes charges, et de positions contraintes pour la cheville (positions

accroupies, à genoux, échelles, marche en terrain irrégulier) est réalisable. »

Dans le consilium psychiatrique du 14 février 2008, joint au rapport de la Clinique J.\_\_\_\_\_ et rédigé par la Dresse K.\_\_\_\_\_, chef de clinique du Service de psychosomatique, les éléments suivants sont pris en compte :

« Du point de vue psychique, [le patient] décrit une humeur stable actuellement. Il reconnaît une période difficile en relation avec les différents conflits avec l'assurance et son employeur ayant nécessité l'aide d'un avocat. [...] En ce moment il n'arrive pas encore à se projeter dans l'avenir et ne sait pas encore ce qu'il pourrait faire comme travail. [...] Il ne se plaint plus de troubles du sommeil ni de ruminations ni d'angoisses.

[...] La thymie globale est conservée, mais le patient semble méfiant face aux psychiatres et donne peu d'informations le concernant. Il nie toute existence d'idées suicidaires dans le passé ou actuellement. Il ne signale aucune modification de son comportement depuis son accident. [...] Concernant l'abus médicamenteux signalé dans son dossier, le patient réfute complètement ce geste dans un but suicidaire, mais décrit une prise de deux comprimés de somnifères dans le but de dormir et de ne pas ressentir ses douleurs.

[...] On note différents conflits asséculo-logiques, un licenciement et une interruption des prestations de l'assurance qui ont contribué à un épisode dépressif de type réactionnel. Actuellement ces différents problèmes semblent en ordre et son état psychique est stabilisé. Ce patient ne bénéficie plus de traitement psychotrope, ni de suivi psychothérapeutique. L'anamnèse et l'observation ne mettent pas en évidence de pathologie psychiatrique aiguë. Le patient n'a par ailleurs aucune demande d'aide particulière. [...] »

Par communication du 21 février 2008, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a informé l'assuré du fait que les conditions du droit à l'orientation professionnelle étaient remplies. Une date pour un premier entretien et autres modalités serait communiquée ultérieurement.

Selon un rapport de l'OAI du 1<sup>er</sup> avril 2008, ce dernier a envisagé une visite au Centre S.\_\_\_\_\_ de [...], à l'antenne d'[...], en vue d'y mettre en œuvre un stage de trois mois dans la section AIP, l'objectif de ce stage étant de définir une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré. Si une orientation vers une activité industrielle légère devait être la seule orientation possible, une préparation de six

mois à ce type d'activité s'avérerait probablement indispensable pour permettre à l'assuré d'acquérir la dextérité nécessaire (habileté manuelle fine).

Par décisions des 9 et 23 juillet 2008, la CNA a octroyé des indemnités journalières en faveur de l'assuré, fondées sur un taux d'incapacité de travail de 100%, jusqu'au 17 octobre 2008.

Dans un courrier du 9 octobre 2008, adressé au médecin-conseil de l'OAI, le Dr D. \_\_\_\_\_ a déclaré avoir contrôlé l'assuré ce même jour. Il a signalé ce qui suit :

« Le patient et surtout venu me voir aujourd'hui de manière un peu désespérée car il n'arrive pas à suivre son stage de reconversion à 100%, mais au maximum à 50%. De mon côté le status orthopédique et l'attitude n'ont pas changé, la seule chose que je puisse encore faire pour l'aider un peu, c'est lui prescrire quelques séances de physiothérapie, en particulier en piscine puisqu'elles avaient fait beaucoup de bien au patient.

Le problème est tout autre, il dépasse largement ma compétence, et se situe bien entendu surtout à l'endroit de la reconversion professionnelle. J'avais écrit dans mon précédent rapport qu'un travail essentiellement sédentaire pourrait être exercé à temps complet, il est possible qu'il faille revoir ceci à la baisse, peut-être de l'ordre de 50%, mais je ne suis bien entendu pas à même d'en juger puisque je ne suis pas sur le terrain, et que ce n'est pas de mon domaine. De ce fait là, je vous serais reconnaissant de bien vouloir organiser une évaluation un peu plus globale du patient, qui vous permettrait aussi de vous prononcer plus facilement sur les mesures que vous pouvez lui allouer. Il n'est pas prévu que je revoie [le patient]. [...] »

Dans un rapport d'expertise du 10 octobre 2008, le Dr H. \_\_\_\_\_ a exposé avoir procédé le 12 septembre 2008, sur demande de la CNA du 5 mai 2008, à un nouvel examen de l'assuré et à un entretien avec lui, en présence de sa partenaire servant de traductrice. Aux termes dudit rapport, il a confirmé les diagnostics précédemment posés. Sous le titre « Discussion », il a notamment observé les éléments cités ci-dessous :

« Par rapport à ma première expertise du 24.09.2007, on peut dire qu'objectivement, la situation n'a pas franchement évolué. Le patient garde toujours un steppage, même avec les chaussures orthopédiques entraînant une boiterie et une limitation des déplacements. S'il peut se déplacer sur la pointe des pieds, par

contre, il n'arrive pas à faire un appui unipodal à droite et lors de l'accroupissement l'appui principal se fait toujours du côté gauche.

Sur le plan subjectif, on a l'impression que la situation s'est un peu dégradée puisque le patient se plaint maintenant de douleurs en position assise et, de nouveau, de réveils nocturnes alors que ces derniers avaient disparu à l'époque. Cependant, malgré ces plaintes augmentées, il reconnaît quand même une utilisation habituelle de ses membres inférieurs quasi équivalente à ce qu'il décrivait il y a un an.

La seule différence qui est apparue en une année d'évolution est des plaintes lombaires qui semblent un peu plus marquées alors que les plaintes cervico-dorsales se sont un peu améliorées et qu'il n'y a plus d'irradiation dans la ceinture scapulaire.

Compte tenu du délai qui s'est écoulé depuis l'événement accidentel, soit bientôt 2 ans, on doit donc admettre que la situation est stabilisée et qu'on ne peut plus espérer voir apparaître une amélioration significative. Il est également probable qu'il n'y aura pas de péjoration manifeste rapide.

Pour ce qui est de la causalité naturelle comme cela avait déjà été discuté en 2007 il est certain que ce patient présentait déjà des séquelles importantes d'une lésion du SPE suite à un premier accident survenu à l'âge de 15 ans. En effet, dès le départ, le patient a présenté d'importantes parésies des muscles dépendant du SPE qui ne peuvent pas découler d'un choc par contusion dans la région de la malléole externe. De plus, lors du séjour à la Clinique J.\_\_\_\_\_, l'examen neurologique et en particulier l'ENMG a bien montré que l'atteinte était chronique et ancienne liée à une fibrose musculaire qui ne peut pas s'être développée dans un délai aussi court.

Par là-dessus, il est aussi certain qu'est survenu un nouvel accident en date du 31.10.2006 qui a entraîné une aggravation. Toute la question est donc de savoir si cette dernière est transitoire voire durable ou déterminante.

Comme je l'avais déjà mentionné à l'époque, sur le plan médical, il est quasiment impossible de pouvoir répondre à cette question. La raison en est qu'il n'existe aucun status préexistant à l'événement du 31.10.2006 qui permet d'avoir une idée de l'importance de la parésie préexistante et donc du pronostic d'évolution de cette dernière. Tout ce qu'on peut affirmer et que le patient devait être quand même relativement bien adapté à son handicap puisqu'il était capable de faire un travail de force en position debout et qu'il était même capable de jouer au football. Le fait également que depuis son arrivée en Suisse en 1997 et jusqu'en 2006 il n'ait pas eu besoin de consulter un médecin en raison de problème au niveau de son membre inférieur va également dans le sens d'une bonne adaptation à son handicap.

En conséquence, en l'absence de ces informations préexistantes à l'événement du 31.10.2006, il est impossible médicalement d'estimer à quel moment la situation se serait décompensée et aurait entraîné la nécessité de consulter un médecin, voire de

discuter un reclassement professionnel vu l'activité physique qu'il exerçait.

C'est pourquoi, je pense qu'on est obligé d'admettre que cet événement du 31. 10. 2006 a vraisemblablement entraîné une aggravation déterminante en accélérant l'apparition d'un handicap, même si toutes les investigations effectuées montraient déjà des troubles dégénératifs articulaires tibio-péronéo-astragaliens et sous-astragaliens.

Si ce fait est admis, alors comme je l'avais mentionné dans ma précédente expertise, selon les tables 2 et 5 de la SUVA, ces plaintes persistantes représentent une IPAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité] actuelle d'au moins 10% voire plus en fonction de l'évolution arthrosique secondaire qui pourrait survenir au niveau des articulations tibio-péronéo-astragaliennes et sous-astragaliennes. Sur ce point cependant, en l'état actuel, il est impossible de faire un pronostic exact. Tout ce qu'on peut dire est que ces complications tardives n'apparaîtront vraisemblablement par rapidement, l'évolution radiologique au vu des derniers clichés, restant stable par rapport aux précédents.

Sur le plan professionnel, il est clair comme cela avait déjà été mentionné dans ma précédente expertise et également affirmé par le Dr D. \_\_\_\_\_ que son ancienne profession de poseur de chape est totalement inappropriée. Vu les plaintes qui perdurent, toute activité en position debout avec ou sans charge est à bannir et ceci jusqu'à la retraite.

En conséquence, un reclassement professionnel en position semi-assise, sans port de charge et sans nécessité de monter ou descendre des rampes ou des escaliers doit être envisagée.

Sur le plan strictement orthopédique, ceci devrait être possible à au moins 50% voire même plus. Si un rendement de 100% n'est pas d'emblée reconnu c'est qu'actuellement on a nettement l'impression que le patient est totalement déconditionné par le fait qu'il n'a plus exercé aucune activité professionnelle et même physique modérée depuis 2 ans. En plus, manifestement au vu du rapport de la Clinique J. \_\_\_\_\_, des problèmes psycho-sociaux et asséurologique sont venus se surajouter.

En conséquence, il me paraît impératif – suite au stage qu'il va terminer au Centre S. \_\_\_\_\_ d'[...] – qu'une reprise du travail au moins partielle dans une activité adaptée soit reprise rapidement. Si on arrive à le satisfaire, alors il est très probable que sa capacité de travail pourra augmenter après quelques mois et, si la problématique n'est plus qu'orthopédique, soit même très proche d'une capacité pleine et entière.

Je tiens cependant à signaler comme semblent d'ailleurs lui avoir déjà dit les médecins de la SUVA ainsi que les responsables professionnels de l'AI qu'une activité de chauffeur-livreur, de conducteur de taxi ou de chauffeur de bus scolaire ne me paraît pas appropriée. La lésion majeure se trouvant au niveau du pied droit et entraînant l'incapacité à relever activement le pied, cela ne pourra pas permettre une conduite sécuritaire, car entre autres on ne peut

pas garantir qu'en toute occasion il sera à même d'effectuer un freinage d'urgence.

Pour terminer, sur le plan des traitements, [l'assuré] va devoir continuer à porter à vie des chaussures orthopédiques sur mesure avec lit plantaire incorporé. Il faut donc prévoir de les changer régulièrement à raison de 2 x par année. En dehors de cela, il va vraisemblablement continuer à avoir besoin de médicament antalgique ou d'AINS à la demande.

En plus, pour éviter une péjoration de la situation qui semble déjà être un peu survenue vu l'aggravation de l'équin, un traitement de physiothérapie à sec et/ou en piscine d'entretien entre 1-2 série par année, voire une cure thermale, est souhaitable. [...]»

Selon une note du 26 octobre 2008, le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, s'est rallié aux constatations et conclusions du Dr H.\_\_\_\_\_.

Par décision du 14 novembre 2008, l'OAI a prolongé le droit aux indemnités journalières jusqu'au terme de la réadaptation de l'assuré. Par la suite, il a interrompu ses prestations à la fin de l'année 2008, vu que l'assuré ne poursuivait plus aucune mesure. La CNA a alors repris le versement d'indemnités journalières à 100% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009, à 50% dès le 2 mars 2009 et derechef à 100% du 23 avril 2009 au 30 septembre 2009 (cf. explication versée aux courriers de la CNA à l'attention de l'OAI en date des 24 juin et 19 novembre 2009).

Par courrier adressé à la CNA le 15 décembre 2008 par l'avocat Romano Buob, mandataire de l'assuré, ce dernier a fait valoir que les limitations fonctionnelles n'avaient pas été évaluées correctement dans les rapports de la Clinique J.\_\_\_\_\_ et du Dr H.\_\_\_\_\_. Il se déplaçait avec peine, en boitant sérieusement. Au bout de quelques minutes il devait s'asseoir. En position assise, il ressentait des douleurs. Il était ainsi amené à devoir faire des mouvements avec son pied et à étendre le pied jusqu'à deux ou trois heures. Cette problématique n'aurait pas été suffisamment analysée. Les indications de la Clinique J.\_\_\_\_\_ et du Dr H.\_\_\_\_\_ seraient insuffisantes pour se faire une idée précise du potentiel effectif de l'assuré. Il faudrait procéder à une réévaluation du cas.

Par courrier du 17 décembre 2008, l'avocat de l'assuré a également informé l'OAI que l'état de santé de son mandant ne lui permettait pas d'envisager un stage de préparation à une activité industrielle légère.

Par réponse du 18 décembre 2008, la CNA a déclaré ne pas demander de nouvel avis médical. Au terme des mesures de l'AI, elle examinerait l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité en se fondant sur les conclusions du Dr H.\_\_\_\_\_.

L'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision le 8 janvier 2009 lui niant le droit à une rente d'invalidité au motif que son préjudice économique n'atteignait pas 40% au moins à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit au 31 octobre 2007. En effet, en retenant un revenu sans invalidité de 66'494.-- frs. et un revenu avec invalidité de 50'563.-- frs., la perte de gain s'élèverait à 15'931.-- frs., équivalant à un degré d'invalidité de 23.96%.

Dans un courrier du 12 février 2009 adressé au Dr Z.\_\_\_\_\_, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, s'est prononcé notamment sur la dernière expertise du Dr H.\_\_\_\_\_ en ces termes :

« En résumé je pense qu'il [l'assuré] a décompensé son arthrose tibio-talienne préexistante à l'occasion de ce traumatisme apparemment modéré par contusion de la cheville. Il est bien dommage qu'on n'ait pas d'examen neurologique du jour de l'accident, mais je pense que la chronicité des signes de dénervation objectivés à l'EMG fait en février 2008 souligne bien que la lésion du SPE est probablement bien antérieur à l'événement de 2006, probablement datant de l'âge de 15 ans.

Il a actuellement des douleurs invalidantes, de types neuropathiques pour lesquelles tous les traitements conservateurs effectués ne l'ont pas amélioré. Je pense qu'il faudrait quand même solliciter une fois l'avis d'un anesthésiste spécialisé dans le traitement de la douleur pour voir si un traitement par stabilisateur des membranes ou autres neuroleptiques n'est pas indiqué chez ce patient. Il n'y a pas d'indication à un traitement chirurgical.

Pour ce qui est de la capacité de travail, comme je l'ai cité dans l'anamnèse, je ne suis pas là pour remettre en cause l'évaluation du Dr H.\_\_\_\_\_ et la décision de l'AI dans le cadre d'une expertise médicale que je ne fais d'ailleurs plus depuis que j'ai quitté le milieu universitaire [...]. J'ai personnellement l'impression qu'il y a une composante de sinistrose, mais malgré cela aurais tendance à

encourager le patient à essayer de faire une reconversion professionnelle dans un travail sédentaire, après adaptation du traitement médicamenteux car je crois qu'il devrait être capable de travailler au moins partiellement. »

Dans une brève note manuscrite du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 2 mars 2009, ce médecin a, sans autre explication, retenu qu'il était d'avis que l'assuré pouvait « chercher une activité à 50% adaptée à son état de santé. »

Par courrier du 20 mars 2009, la CNA a informé l'assuré qu'elle prenait en charge un traitement de la douleur comme préconisé par le Dr N. \_\_\_\_\_. Elle proposait le Prof. A. \_\_\_\_\_, médecin chef du Service d'anesthésiologie et antalgie de l'Hôpital de [...].

Par la suite, le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a fourni un certificat médical attestant que l'assuré était dans l'incapacité de travailler à 100% du 23 avril au 31 mai 2009.

Dans un courrier du 18 mai 2009 adressé au médecin d'arrondissement de la CNA, le Prof. A. \_\_\_\_\_ a fait part de son appréciation comme suit :

« [Le patient] présente un syndrome douloureux de la cheville droite qui est difficile d'expliquer mais qui a une relation temporelle avec l'accident qu'il a subi en octobre 2006.

Les douleurs sont aggravées par l'activité et diminuée par le repos. La marche est limitée à environ 1/2h. Lorsque le patient est actif, il se produit un œdème sur la cheville droite.

Le mécanisme des douleurs est probablement mixte même s'il est difficile de quantifier les composantes neurogènes et mécaniques.

S'agissant du traitement, je pense qu'il faut, dans ce contexte, s'abstenir de tout traitement invasif. Il n'y a pas, à mon avis, d'indication à des infiltrations ou à des blocs et l'implantation d'une pompe ou d'un stimulateur n'entre pas en ligne de compte actuellement.

Reste que je suis persuadé que [le patient] pourrait être amélioré par un traitement médicamenteux approprié, notamment une combinaison d'anti-dépresseurs et de stabilisateur de membrane. C'est cependant un suivi au long terme qui me semble primordial. »

En réponse à des questions de la CNA, le Dr L.\_\_\_\_\_ a signalé le 26 mai 2009 que le cas de l'assuré était stabilisé du point de vue médical, malgré la proposition du Prof. A.\_\_\_\_\_ quant à un traitement médicamenteux à long terme. La proposition d'une médication par antidépressive ne permettait pas d'affirmer l'influence de troubles psychogènes sur l'évolution du cas. La CNA pouvait s'en tenir aux conclusions du Dr H.\_\_\_\_\_.

Par certificats subséquents, le Dr G.\_\_\_\_\_ a attesté que l'assuré était encore en incapacité de travailler à 100% du 1<sup>er</sup> au 31 août 2009.

Ayant appris que l'OAI mettait fin aux mesures d'ordre professionnel, la CNA a signalé à l'assuré par courrier du 20 juillet 2009 ne pas envisager de traitement médical pouvant apporter une amélioration notable de son état de santé . Elle mettrait dès lors fin au paiement des soins médicaux - à l'exception de médicaments et une à deux séries de physiothérapie par année ainsi que des chaussures orthopédiques sur mesure - de même que de l'indemnité journalière avec effet au 30 septembre 2009.

**B.** Par décision du 9 septembre 2009, la CNA a alloué à l'assuré une rente mensuelle d'invalidité de 1132.55 frs. à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2009, basée sur un gain annuel assuré de 67'952.-- frs. et une diminution de la capacité de gain de 25%, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%, se montant à 10'680.-- frs. Au surplus, la CNA a exclu sa responsabilité pour les troubles psychogènes constatés chez l'assuré. S'agissant de la fixation de la rente, la CNA a procédé selon la méthode DPT (description des postes de travail). Elle a sélectionné cinq postes dans les positions de collaborateur de production, ouvrier d'atelier de perçage et aide-mécanicien. Elle a ainsi retenu un revenu mensuel dans une activité adaptée de 4250.-- frs. en comparaison d'un revenu réalisable sans accident de 5686.-- frs., soit une perte de gain de l'ordre de 25%.

Par opposition du 12 octobre 2009, le mandataire de l'assuré a contesté la perte de gain déterminée supra, ainsi que le pourcentage de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il a fait valoir que les pourcentages fixés étaient insuffisants au vu de l'état de santé de l'assuré. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise orthopédique.

Par décision sur opposition du 6 novembre 2009, la CNA a rejeté l'opposition.

Par acte de son mandataire du 7 décembre 2009, l'assuré a interjeté un recours à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision de la CNA (cause AA 138/09). Il a conclu à l'annulation de la décision sur opposition. Il a conclu à l'annulation de la décision sur opposition, ainsi qu'à la reconnaissance d'« une incapacité de gain de 100% et une atteinte à l'intégrité d'au moins 20%, subsidiairement une incapacité de gain et une atteinte à l'intégrité fixée à dire de justice ».

Par réplique du 4 mai 2010, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a joint deux écritures, adressées à son mandataire, émanant du Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésie, médecin responsable du Centre de la douleur de la Clinique B.\_\_\_\_\_, datées respectivement des 5 février et 8 avril 2010. Ce médecin a observé que le recourant était en bonne santé, sous réserve de sa pathologie à la cheville droite. Il a retenu un score d'Oswestry (incapacité) de 58% et a remarqué à ce sujet que le recourant était sévèrement handicapé. Selon le questionnaire de Tampa (kinésiophobie), il a pris en compte un score de 63/68 en notant que c'était l'un des scores les plus élevés qu'il avait pu observer ; le recourant nécessiterait absolument une prise en charge de kinésiophobie. Quant aux questionnaires DASS (stress, anxiété, dépression), il a retenu le score de 34 pour la dépression, 32 pour l'anxiété et 38 pour le stress ; le recourant était donc très nettement déprimé, anxieux et stressé par la situation. Selon l'appréciation de ce médecin, l'histoire du recourant suggérait clairement une algoneurodystrophie (CRPS). Il était difficile de savoir si c'était une pathologie qui pourrait être une CRPS de type I ou II

puisqu'aucune lésion neurologique n'avait été mise en évidence. Il n'y aurait pas de critère strict de cette pathologie et elle serait donc souvent admise ou réfutée sur des critères peu objectifs. Pour le reste, il a relevé les éléments ci-dessous :

« Même si le patient souffre éventuellement d'une douleur de type neuro-inflammatoire tel qu'une algoneurodystrophie, la situation actuelle ne permet pas d'envisager une thérapie interventionnelle quelconque. Le patient nécessite une prise en charge de son statut anxio-dépressif, et certainement également une prise en charge de sa kinésiophobie qui est extrêmement importante. Ces paramètres évalués et traités, il n'est pas exclu que nous puissions envisager une approche plus somatique et interventionnelle. En attendant cette éventualité, il n'est pas du tout exclu de proposer au patient une médication à base d'agents antineuropathiques [...] »

S'agissant de l'incapacité de travail, ce médecin a déclaré ne pouvoir donner d'évaluation, vu qu'il n'était pas compétent dans ce domaine.

Par duplique du 10 juin 2010, la CNA a confirmé ses conclusions. Elle a renvoyé à une appréciation médicale du 27 mai 2010 du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie au sein de la CNA, ce dernier indiquant que les certificats du Dr T.\_\_\_\_\_ n'apportaient aucun élément nouveau. L'algoneurodystrophie que ce dernier évoquait ne relèverait que d'une hypothèse assez improbable. Il ne décrirait aucune constatation physique concrète. Il n'aurait manifestement pas vu les radiographies. Il se fonderait uniquement sur les plaintes de son patient relatant ses douleurs. Son confrère le Prof. A.\_\_\_\_\_ n'aurait pas posé le même diagnostic dans son rapport du 18 mai 2009, ni le Dr H.\_\_\_\_\_, ni la Clinique J.\_\_\_\_\_. Les radiographies du 12 février 2008 feraient apparaître une minéralisation osseuse normale et symétrique ce que confirmait le Dr H.\_\_\_\_\_. Une CRPS II était exclue, car il était clairement établi que le recourant n'avait subi, le 31 octobre 2006, aucune lésion nerveuse, condition préalable à un tel diagnostic.

Par écriture du 15 septembre 2010, le recourant a notamment expliqué que l'OAI avait ordonné une expertise psychiatrique auprès du Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, et qu'il avait personnellement sollicité le Prof. O.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, afin de tenter d'objectiver la symptomatologie douloureuse. Dans cette mesure, l'assuré a requis la suspension de la cause en vue de compléter l'instruction par la production des rapports des deux médecins précités.

Par courrier du 17 novembre 2010, le recourant a remis le rapport d'expertise du Prof. O.\_\_\_\_\_ du 30 septembre 2010. Dans son appréciation générale, ce spécialiste relève notamment ce qui suit :

« Depuis 2006, les douleurs continuent de jour et de nuit, sans aucune quelconque amélioration. Il semble qu'il y a eu une IRM à la SUVA, mais je n'ai pas les résultats. On pourrait savoir s'il ne serait pas nécessaire tout de même de proposer une IRM du pied droit, avec injection, du fait qu'il y a ce diagnostic d'algoneurodystrophie évoquée par le Centre de la douleur de la Clinique B.\_\_\_\_\_, mais elle est peut-être séquellaire et non pas aiguë.

Je ne vois pas de rougeur du pied droit ni de chaleur fortement augmentée. Mais cette algoneurodystrophie est possible et pourrait expliquer l'intensité des douleurs.

L'examen neurologique complet corrobore avec les constatations de la SUVA et de l'EMG et des deux expertises orthopédiques, à savoir un pied tombant à droite, avec une séquelle définitive. Le patient ne peut se déplacer qu'avec des chaussures orthopédiques. Indépendamment de ce support orthopédique, les douleurs persistent.

**Stratégies thérapeutiques et propositions** : il serait important, comme il l'a été mentionné par nos collègues du Centre de la douleur de la Clinique B.\_\_\_\_\_, de proposer à ce patient

- un antidépresseur [...]
- un dérivé de la gabapentine [...]

Cette bithérapie pourrait soulager probablement le patient.

Concernant la reprise d'une activité, même partielle, malgré la bonne volonté du patient, pour ma part l'absence de surcharge fonctionnelle, indépendamment d'un état dépressif compréhensible qui est réactionnel à la persistance des douleurs et à son handicap et l'absence de reprendre une activité professionnelle ponctuelle, ce serait d'envisager un convoyage pour le transport de personnes handicapées ou dans un EMS à 50%. Il sera important de connaître l'avis du Dr I.\_\_\_\_\_ qui est mandaté pour une expertise psychiatrique prochainement à [...].

Concernant son invalidité, elle me paraît pour le moment à 100% et on ne peut pas escompter à une récupération à long terme de son sciatique poplité externe. On peut encore espérer une légère amélioration du syndrome douloureux.

Pour ma part, il y a une atteinte à l'intégrité d'au moins 20 %.»

Invitée à se prononcer, la CNA a, par mémoire du 16 décembre 2010, notamment mis en doute la valeur probante du rapport du Prof. O.\_\_\_\_\_.

**C.** Dans l'intervalle, l'OAI a réceptionné un rapport du 4 février 2010, établi par les Dresses U.\_\_\_\_\_ et AA.\_\_\_\_\_ de la EE.\_\_\_\_\_. Elles auraient rencontré le recourant à trois reprises pour un consilium médicamenteux à la demande de son nouveau médecin généraliste traitant, le Dr BB.\_\_\_\_\_, pendant la période du 22 octobre 2009 au 13 novembre 2009. Sans autre explication, elles ont posé des diagnostics avec effet sur la capacité de travail, tels qu'un épisode dépressif moyen F 32.1 et un syndrome douloureux somatoforme persistant F 45.4. Le patient aurait rapporté des douleurs chroniques très intenses et résistantes au traitement habituel au niveau de la cheville droite. Evoquant un syndrome douloureux somatoforme avec une problématique dépressive, elles ont toutefois concédé ne pas être en mesure de s'exprimer sur situation du recourant en lien avec l'assurance invalidité, respectivement sur l'impact des diagnostics précités dans le contexte d'une activité lucrative.

Aux termes d'un rapport du 25 novembre 2010, le Dr I.\_\_\_\_\_, mandaté par l'OAI, a procédé à un entretien d'expertise psychiatrique de l'assuré à l'aide d'une interprète de langue portugaise. Il n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Il a par contre posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité travail d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F 32.00), présent depuis l'été 2009. Dans le cadre de la discussion et appréciation du cas, il a mis en exergue ce qui suit :

« [L'assuré] ne souffre pas d'un trouble de la personnalité au sens des classifications diagnostic psychiatriques officielles (CIM , DSM). [...]

Il n'y a pas non plus d'arguments univoques pour une fragilité psychique constitutionnelle avec une vulnérabilité à l'émergence d'une symptomatologie dépressive, anxieuse ou autre.

Il n'y a pas d'antécédents avant 2007 environ. Dans les suites de l'accident du 31 octobre 2006 et du licenciement du 20 avril 2007, et de la précarité financière que cela a entraîné, [l'assuré] dit avoir développé un mal-être psychique, sans que nous sachions à quel moment cela a eu lieu ni en quoi la symptomatologie a consisté. En effet, l'assuré, au cours de l'entretien d'expertise psychiatrique du 23 novembre 2010, n'a pas été à même d'apporter des précisions à ce sujet. Ainsi, [l'assuré] ne peut pas décrire son état psychique qui a été le sien à cette époque et quant à la période en question, il est à même d'indiquer uniquement le fait qu'elle s'est manifestée quand la Suva « a arrêté de payer ». Enfin, nous n'avons pas de document médical se rapportant à cette période. Ainsi, dans le rapport de consilium psychiatrique du 14 février 2008, la Doctoresse K. \_\_\_\_\_ de la Clinique J. \_\_\_\_\_ rapporte que [l'assuré] a développé progressivement un état dépressif dans le contexte d'une période difficile en raison de problèmes financiers dans le cadre du licenciement du 20 avril 2007 et de l'interruption des prestations de l'assurance, mais sans préciser. Il existe la notion d'une première prise en soins, brève, à la Polyclinique X. \_\_\_\_\_ de [...] à ce moment, avec la mise en place d'un traitement psychotrope, de nature non précisée, cela pendant quelques mois.

Toujours est-il que dans le rapport de consilium psychiatrique du 14 février 2008, aucun diagnostic psychiatrique n'a été retenu et donc il n'y a pas eu de proposition pour un traitement.

Au cours d'un deuxième consilium qui a eu lieu à la Polyclinique X. \_\_\_\_\_ de [...] du 22 octobre au 13 novembre 2009, le diagnostic d'épisode dépressif moyen Wright est retenu, affection existant « depuis quelques mois ». Un traitement antidépresseur de mirtazapine (Remeron) a été mis en place, mais cette évaluation n'a pas été suivie par une prise en soins psychiatrique.

Au vu de ce qui précède, en particulier de l'absence de possibilité de pouvoir poser, rétrospectivement, de manière univoque, la présence d'un premier épisode de dépression 2007 environ, le diagnostic d'épisode dépressif doit être effectivement être retenu (et non pas celui de trouble dépressif récurrent).

Actuellement, [l'assuré] présente une humeur modérément déprimée avec un découragement, un discours à teinte négative, un léger abattement, avec une mimique diminuée, une discrète diminution de l'élan vital, mais l'absence de tristesse franche, l'absence de pleurs, ainsi qu'une gestuelle et une modulation de la voix conservées. [...] Il existe une légère réduction de l'énergie ainsi qu'une diminution de la confiance en soi. Il n'y a pas de sentiments de culpabilité excessifs ou inappropriés, le discours de l'assuré étant plutôt de type projectif (attribution des torts à autrui). Si [l'assuré] dit ne pas savoir s'il présente des idées suicidaires, il n'apparaît pas qu'il souhaite mettre fin à ses jours. Il n'y a pas de diminution de

l'aptitude à penser, de même qu'il n'y a pas de ralentissement idéomoteur. Il existe des réveils nocturnes en raison des douleurs qu'il ressent mais également des préoccupations qu'il a, alors que l'appétit est conservé. [...]

Parmi les éléments-clé de la dépression potentiellement incapacitants (diminution de l'énergie, diminution de la volonté, ralentissement idéomoteur, diminution de l'aptitude à penser), il existe une diminution de l'énergie, réduite. En effet, à l'observation clinique directe, la diminution de l'élan vital n'est que discrète. Cela a tendance à se vérifier à l'analyse du déroulement du quotidien en ce sens que si [l'assuré] se recouche au cours de la matinée, cela est en lien avec les douleurs qu'il ressent. Il en est de même pour la participation aux tâches ménagères, car il ne peut pas rester debout de manière prolongée. La diminution de l'activité est donc principalement due aux douleurs ressenties. En effet, il ressort par ailleurs que l'assuré se rend quotidiennement dans un café pour y rencontrer des connaissances, qu'il fait une promenade pendant la journée, qu'il se rend chez son ami, qu'il va faire les courses avec ce dernier, qu'il effectue des démarches administratives ou qu'il se rend à la piscine. Il n'y a pas de diminution de la volonté en ce sens que par exemple [l'assuré] fait une promenade quotidiennement malgré les douleurs qu'il ressent au pied droit. [...]

- Dans le rapport médical AI du 4 février 2010 de la Doctoresse U.\_\_\_\_\_ figure le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant existant depuis la fin de l'année 2006. [L'assuré] souffre effectivement de douleurs persistantes, intenses, à la jambe droite. Elles s'accompagnent d'un sentiment de détresse et elles constituent en quasi permanence sa préoccupation essentielle. Par contre, les douleurs que ressent l'assuré sont entièrement expliquées par une atteinte somatique. Cela ressort des documents médicaux en notre possession et a été confirmé par le Docteur P.\_\_\_\_\_ (23 novembre 2010).

Par conséquent, au vu de la non vérification de ce critère essentiel, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ne doit pas être retenu et nous nous écartons du document précité.

- Les éléments de pronostic favorable sont constitués par l'absence de personnalité pathologique ainsi que l'absence de consommation de substances psycho-actives (alcool, stupéfiants). Les éléments de pronostics défavorables sont constitués par le facteur de stress permanent représenté par la douleur, par l'étayage familial réduit, par l'absence de recherche de soins spécifiques (psychiatrique) ainsi que la constitution psychique fruste. Globalement, le pronostic doit être qualifié d'incertain, voire de plutôt défavorable. »

Le Dr I.\_\_\_\_\_ a conclu que l'aptitude au travail, sur le plan strictement psychiatrique, avait toujours été entière. Une évaluation régulière de l'état clinique serait susceptible d'anticiper une péjoration de l'état psychique et d'intervenir rapidement en augmentant la fréquence des consultations et en mettant en place un traitement biologique psychotrope (médicamenteux) approprié.

D. Par décision du 3 février 2011, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assuré, en se référant à son projet de décision du 8 janvier 2009. Compte tenu d'un degré d'invalidité de 23,96%, l'assuré n'avait pas droit à une telle prestation. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, l'OAI a rappelé avoir assumé le 21 novembre 2008 la prise en charge d'un stage de six mois en vue de la préparation à l'exercice d'une activité industrielle légère auprès des Etablissements I. \_\_\_\_\_ à [...]. Cependant, l'assuré aurait exposé dans un courrier du 24 novembre 2008 ne pas être en mesure de poursuivre ce stage motif pris de son état de santé.

L'OAI s'est par ailleurs prononcé sur la teneur des expertises des Drs I. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_, considérant que le rapport de ce dernier ne pouvait se voir créditer quelque valeur probante.

E. Dans son rapport du 21 février 2011, adressé au Dr P. \_\_\_\_\_, le Dr D. \_\_\_\_\_ a déclaré ce qui suit :

« [...] à la lecture de l'expertise du Prof. O. \_\_\_\_\_ qui mentionne également des passages de l'expertise du Dr H. \_\_\_\_\_, il semble maintenant clair que le steppage de ce pied droit n'existait pas avant l'accident de 2006 de sorte que autant ce [que] vous avez écrit dans votre lettre du 22.11.2010 que ce que j'avais écrit dans mes rapports précédents est erroné en ce qui concerne le diagnostic et l'étiologie de la situation actuelle. Il faut reconnaître que la présence de nombreux intervenants mais aussi la difficulté du patient à communiquer en raison d'un problème de langue ont contribué à établir une certaine confusion au sujet de la situation de [l'assuré]. Quoi qu'il en soit, au meilleur de mes connaissances, les diagnostics suivants peuvent être retenus actuellement :

Diagnostic°:

- Séquelles d'entorse de la cheville droite du 31.10.2006 avec :
  - Paralysie complète du territoire du sciatique poplité externe à droite.
  - Arthrose tibio-talienne, sous-talienne et tabo-naviculaire débutante.
  - Rupture du faisceau antérieur du ligament talo-fibulaire.
  - Syndrome douloureux chronique.
  - Suspicion de status après algoneurodystrophie secondaire.
- Status après accident de moto à l'âge de 15 ans au Portugal avec :
  - Notion anamnestique de plaie importante de la face postéro-externe du genou droit.

- Notion anamnétique de révision chirurgicale de cette plaie à deux reprises.
- Notion anamnétique d'absence de séquelles laissées par ce traumatisme.

En complément à mon rapport du 13.01.2011 on peut donc clairement affirmer que [l'assuré] souffre d'une paralysie complète du territoire du sciatique poplité externe à droite avec donc impossibilité de relever et d'éverser son pied ce qui nécessite un appareillage orthopédique soit sous forme d'attelle d'Heidelberg, soit sous forme de chaussures stabilisatrices avec releveur intégré. Parallèlement à ceci il existe des troubles dégénératifs débutants des articulations tibio-talienne, sous-talienne et talo-naviculaire probablement séquellaires de cette instabilité active antéro-externe. Si le déficit fonctionnel engendré par les aspects mentionnés ci-dessus est absolument évident, la corrélation entre l'image radio-clinique et l'importance de la symptomatologie douloureuse exprimée par le patient reste toutefois difficile à expliquer.

En relation avec la lésion de cette zone corporelle, sur le plan orthopédique, l'atteinte à l'intégrité peut être évaluée à 20% selon les tables 2 et 5 (révision 2000) de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité de la SUVA. Toujours sur le plan orthopédique tenant compte uniquement de l'atteinte de cette région corporelle, une activité uniquement sédentaire pourrait être exercée à 100% alors qu'une activité légère, de type alternée, pourrait probablement être exercée à 50%. Une activité physique lourde n'est pas exigible. J'insiste encore sur le fait que mon évaluation est basée uniquement sur les critères orthopédiques objectifs mais ne tient pas compte de facteurs additionnels tels que le syndrome douloureux chronique et son impact sur le psychisme du patient, ceci ne relevant bien entendu pas de ma compétence. Je répète encore, qu'à mon sens, la seule manière de statuer définitivement et de la manière la plus juste possible sur le cas de ce patient et d'envisager une expertise pluridisciplinaire par les médecins-conseil de l'AI. »

Le Dr P.\_\_\_\_\_ a déclaré dans sa lettre du 7 mars 2011 que le rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ confirmait la paralysie complète et définitive du nerf sciatique poplité externe droit avec pied tombant irréversible, suite à une séquelle d'entorse de la cheville droite de l'accident du 31 octobre 2006. Il rejoignait ainsi l'avis du Dr O.\_\_\_\_\_ du 30 septembre 2010 qui contredirait l'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_. Une expertise pluridisciplinaire serait indispensable, afin de faire la part de l'atteinte organique et la part de l'atteinte psychique qui aurait été sous-évaluée par l'expertise du Dr I.\_\_\_\_\_.

F. Par acte du 7 mars 2011, déposé par son mandataire Me Romano Buob, l'assuré a recouru contre la décision de l'OAI du 3 février 2011 et conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité « complète » dès le 1<sup>er</sup>

octobre 2007, subsidiairement à l'octroi d'une rente d'invalidité « partielle » selon précisions que justice dira. Il considère que l'intimé a évalué sa situation de manière arbitraire. Il ne pourrait exercer une activité lucrative imposant des changements de position à plein temps, du fait des douleurs le contraignant, dès leur survenance, à trouver une position lui permettant de surélever son pied. Sur le plan somatique, les avis médicaux ne seraient pas concordants, laissant du reste apparaître de nombreux doutes quant aux possibilités concrètes d'activités. Le Dr H. \_\_\_\_\_ aurait indiqué une capacité de travail de 100% aux termes de son premier rapport d'expertise, ramenée toutefois à 50% selon son second rapport. Le Prof. O. \_\_\_\_\_ préconiserait une éventuelle activité à 50% dans le futur, estimant l'invalidité actuelle de 100%. Le Dr D. \_\_\_\_\_ aurait suggéré une expertise pluridisciplinaire. L'interprète ayant collaboré avec le Dr I. \_\_\_\_\_ ne serait pas d'origine portugaise. Le rapport d'expertise de ce dernier comporterait nombre d'erreurs, notamment au niveau de l'anamnèse qui passerait outre l'épisode suicidaire ayant nécessité l'hospitalisation de l'assuré. Le recourant aurait tenu à plusieurs reprises des propos suicidaires totalement tus par l'expert. L'assuré requiert dès lors, au titre de de mesures d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, où devraient intervenir un orthopédiste, un neurologue et un psychiatre, subsidiairement à tout le moins d'une expertise psychiatrique, ainsi que l'audition en qualité de témoins de Madame CC. \_\_\_\_\_, du Prof. O. \_\_\_\_\_ et de Madame FF. \_\_\_\_\_, cette dernière ayant été l'interprète lors de l'examen opéré par le Dr I. \_\_\_\_\_.

Par courrier du 7 avril 2011, Me Romano Buob a informé le Tribunal de la fin de son mandat en faveur du recourant, tandis que PROCAP Service juridique a indiqué le 13 avril 2013 se charger de ce dossier.

Dans sa réponse du 12 mai 2011, l'OAI a conclu au maintien de sa décision du 3 février 2011.

Par réplique du 29 juin 2011, le nouveau mandataire du recourant a présenté à la Cour de céans le mémoire établi le 18 mai 2011

par la CNA dans la procédure connexe AA 138/09, ainsi que l'appréciation du 29 avril 2011 du Dr E.\_\_\_\_\_, médecin auprès de la CNA. Le recourant se ralliait à l'appréciation de ce praticien, auquel avaient été soumis les rapports des Drs O.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ et qui soulignait les éléments suivants (selon la traduction française du texte original allemand) :

«°L'expertise réalisée le 29.09.2010 par le Dr O.\_\_\_\_\_, neurologue, sur mandat du représentant légal de l'assuré, ne comporte pas de faits nouveaux. La constatation d'un pied tombant droit sur lésion du nerf péroniers superficielle est confirmée. L'expert croit aux affirmations de l'assuré ; celui-ci indique que la lésion susmentionnée n'existait pas avant l'accident du 31.10.2006. Toutefois, une cicatrice peut être nettement identifiée dans la région de la tête du péroné où le trajet de ce nerf est superficiel ; elle est consécutive à un accident survenu à l'âge de 15 ans (et qui n'était pas assuré par la Suva). La percussion locale de cette zone provoque d'ailleurs des sensations électriques typiques (correspondant à un signe de Tinel). Il est difficilement concevable qu'un traumatisme direct n'ayant affecté que le pied (malléole externe) ait été en mesure de provoquer une telle lésion nerveuse au niveau du genou. Les orteils en griffe [...] sont plutôt révélateurs d'un trouble neurologique préexistant. Cependant, cet état antérieur a été décompensé en quelque sorte, ce que la Suva a reconnu officiellement [...].

Si l'on accepte le pied tombant comme une suite d'accident, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut être augmenté effectivement jusqu'à un total de 20%. En effet, la valeur supplémentaire attribuable à une lésion du nerf péronier est de 10% selon la table 2 de la Suva. D'un point de vue orthopédique selon les critères objectifs, une indemnité supérieure à 10% ne se justifie pas, même si l'on tient compte de la lésion du ligament péronéo-astragalien et des signes d'inflammation décelable dans l'IRM du 05.11.2010. En effet, l'arthrose de l'art. tibio-tarsienne n'est que débutante sur les clichés conventionnels. Le Dr D.\_\_\_\_\_ [...] ne peut s'expliquer lui aussi l'importance des troubles que fait valoir l'assuré (rapport du 21.02.2011).

Le Dr O.\_\_\_\_\_, neurologue, tient simplement pour vrai la totalité des douleurs rapportées par l'assuré, même s'il n'a pas pu mettre en évidence de cause à ces troubles relevant de sa spécialité. Il n'y a pas d'indices objectifs évocateurs d'une algoneurodystrophie sur un plan clinique et radiologique. L'expert ne recourt qu'à des termes tels que « possible, pourrait ». Que l'assuré soit encore totalement inapte au travail est incompréhensible.

[...] L'assuré ne peut plus effectuer (à 100%) que des activités légères en position assise [...]. »

Le recourant a fait valoir que la CNA et le Dr E.\_\_\_\_\_ avaient admis une augmentation de 10% de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, en fixant cette prestation au taux de 20% afin de tenir compte de la lésion du \_\_\_\_\_ nerf \_\_\_\_\_ péronier. Le Dr E.\_\_\_\_\_ aurait de plus rejoint l'avis du Dr D.\_\_\_\_\_, selon lequel l'assuré ne pourrait effectuer que des activités en position assise. Ce constat constituerait un élément nouveau impliquant la correction du calcul du préjudice économique. Une observation professionnelle s'imposerait préalablement en vue de déterminer quelles activités pourraient être adaptées à l'état de santé de l'assuré sur un marché du travail équilibré et quelles seraient concrètement ses perspectives de gain. Dans le cas plus défavorable, le recourant subirait une perte de gain d'au moins 25%, ce qui lui ouvrirait le droit à un reclassement professionnel pourtant refusé par l'OAI. Le stage prévu aux Etablissements I.\_\_\_\_\_ devrait par ailleurs être mis en place sans tarder, tandis que l'assuré pourrait a priori y assurer une présence de 100%. Néanmoins, une expertise pluridisciplinaire avec examens orthopédique, rhumatologique, neurologique et psychiatrique devrait être mise en œuvre en parallèle en présence d'un traducteur de langue maternelle portugaise, aux fins de quantifier précisément le rendement exigible de l'assuré compte tenu de son état de santé global. Le recourant argue à cet égard d'éléments non examinés, soit « atteinte psychique, problèmes dorsaux et cervicaux fort peu investigués, ampleur des limitations fonctionnelles à mettre en lien avec l'atteinte aux membres inférieurs laquelle ne semble permettre à l'assuré que les activités assises, comme l'a établi le rapport AIP du 21 octobre 2008 ».

Par courrier du 14 juillet 2011, le mandataire du recourant a produit un courrier du Dr P.\_\_\_\_\_ du 7 mars 2011, adressé à Me Romano Buob. Ce médecin y rappelle que le Dr D.\_\_\_\_\_ a confirmé la paralysie complète et définitive du nerf sciatique poplité externe droit avec pied tombant irréversible, sur séquelle d'entorse de la cheville droite des suites de l'accident du 31 octobre 2006. Il rejoignait ainsi l'avis du Dr O.\_\_\_\_\_ du 30 septembre 2010, contredisant l'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_. Une expertise pluridisciplinaire serait ainsi indispensable afin de déterminer la

part de l'atteinte organique et la part de l'atteinte psychique quoi aurait été sous-évaluée par l'expertise du Dr I.\_\_\_\_\_.

Par duplique du 29 août 2011, l'OAI a renvoyé à un avis médical du 25 juillet 2011 émanant du Service médical régional AI (ci-après : le SMR), lequel s'est exprimé comme suit :

« Le courrier du Dr D.\_\_\_\_\_ du 21.02.2011 retient une exigibilité de 100% dans une activité uniquement sédentaire. Il semble estimer que ces empêchements sont la conséquence de l'accident du 31 octobre 2006, pris en charge par la SUVA, ce que reconnaît bien la SUVA dans son courrier du 29.04.2011 (Dr E.\_\_\_\_\_).

Le certificat du Dr P.\_\_\_\_\_ n'apporte aucun élément nouveau sur le plan psychiatrique et ne remet pas en cause le caractère probant de l'expertise du Dr I.\_\_\_\_\_.

Il convient de s'aligner sur l'exigibilité fixée par la SUVA dans ce cas d'accident : 100% dans une activité légère en position assise. »

L'OAI a ainsi retenu que l'exercice à plein temps d'une activité semi-assise n'était plus exigible, au contraire d'une activité en position strictement assise, ce qui n'influerait toutefois pas sur l'évaluation de l'invalidité. Le revenu d'invalidité avait été déterminé théoriquement sur la base des données statistiques telles que ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Au regard du large éventail d'activités englobé par ces statistiques, on devait admettre qu'un nombre significatif d'activités se trouve adapté aux limitations fonctionnelles présentées par le recourant. S'agissant du reclassement professionnel, l'OAI a rappelé que le conseil du recourant avait communiqué l'impossibilité de son mandant de participer au stage initialement décidé. Or, avant la réplique du 29 juin 2011, l'assuré n'avait jamais fait part d'un changement d'avis sur ce point, à l'instar des conclusions de l'acte de recours du 7 mars 2011.

Par acte du 19 octobre 2011, le recourant a maintenu ses conclusions et réquisitions de preuves formulées dans ses précédentes écritures. Il a notamment fait valoir l'impérieuse nécessité de procéder à une évaluation de ses capacités fonctionnelles résiduelles auprès de la

Clinique J.\_\_\_\_\_, suivie d'une évaluation professionnelle concrète. En effet, l'admission par l'intimé d'une nouvelle restriction fonctionnelle handicapante - activité uniquement en position assise - aurait manifestement des répercussions sur ses rendement et capacité de gain. Il se justifiait par ailleurs de réexaminer l'opportunité d'un reclassement professionnel dès lors qu'il se déclarait désormais disposé à entrer dans une démarche de réadaptation. Au demeurant, son mandataire avait certes indiqué en date du 17 décembre 2008 que l'état de santé de l'assuré ne lui permettait pas de poursuivre un stage de préparation à une activité industrielle légère, alors qu'il serait revenu sur sa position le 13 février 2009 en requérant expressément l'organisation d'un tel stage.

En date du 1<sup>er</sup> novembre 2011, l'OAI a fait part du maintien de ses conclusions après avoir pris connaissance de la dernière écriture du recourant susmentionnée.

Par écriture manuscrite personnelle du 3 juillet 2012, le recourant a dénoncé les conditions d'un stage effectué chez DD.\_\_\_\_\_. Le stage devait durer trois mois à raison de trois heures par jour à [...]. Quinze jours avant la fin du stage, on lui aurait proposé sa continuation comme magasinier dans les locaux de [...] le matin de 8 à 12h et l'après-midi de 13 à 17h du 25 au 29 juin 2012. À la mi-journée du 25 juin 2012 les douleurs auraient commencé à augmenter et le soir, de retour à la maison, elles auraient été insupportables ; son pied aurait triplé de volume et son dos l'aurait terriblement fait souffrir. Il n'aurait pas pu dormir de la nuit. Il serait retourné le surlendemain au stage, mais l'aurait quitté ne supportant plus les douleurs et vu l'état de son pied. Il aurait quitté le stage « sur les conseils de mon médecin, lequel j'avais vu le 20 et lui expliqué ce que j'allais faire ». Par la suite il ne serait plus retourné au stage et n'aurait plus eu de nouvelles de DD.\_\_\_\_\_. Le recourant a joint à l'acte quatre photos de son pied qui auraient été prises les 25 et 27 juin 2012.

Dans une détermination du 24 juillet 2012, l'OAI a remarqué, d'une part, que la mesure auprès de DD.\_\_\_\_\_ avait été mise en œuvre

sur la base d'un contrat établi entre le recourant et le Centre social régional de [...] en date du 8 mars 2012. L'OAI n'y aurait pas été partie prenante, pas plus qu'il n'aurait été informé du contexte dudit stage. D'autre part, cette mesure semblerait ne pas avoir posé de problèmes avant la date du 25 juin 2012, où a débuté une activité de magasinier. Il y aurait lieu d'émettre des réserves importantes quant à l'adéquation de cette activité avec l'état de santé du recourant. Le courrier de ce dernier du 3 juillet 2012 ne remettrait au surplus pas en cause la position de l'OAI.

Par acte du 13 août 2012, le mandataire du recourant a indiqué qu'au vu du stage effectué auprès de DD.\_\_\_\_\_, il s'imposait de conclure à l'aptitude subjective de l'assuré à la réadaptation puisqu'il avait accepté une activité à plein temps. Ce stage confirmait en outre la nécessité de procéder à une évaluation des capacités fonctionnelles à la Clinique J.\_\_\_\_\_, suivie d'une évaluation professionnelle et/ou d'une expertise pluridisciplinaire dans le but de quantifier le rendement réellement exigible de la part du recourant. Un courrier du 23 juillet 2013, établi par le Dr P.\_\_\_\_\_ à l'adresse du mandataire du recourant, était annexé, dont les éléments suivants peuvent être mis en exergue :

« Suite à votre demande du 19 ct, voici quelques renseignements concernant le patient susnommé.

- Diagnostic :

1. Paralysie complète du territoire de la sciatique poplitée externe à D.
2. Rupture du faisceau antérieur du ligament talo-fibulaire.
3. Arthrose tibio-talienne, sous-talienne et talo naviculaire.
4. Syndrome douloureux chronique.
5. Trouble dépressif récurrent

- Les répercussions de ses problèmes de santé sont :

Limitation de la position debout prolongée, impossibilité de relever et déverser le pied D.

- Les activités adaptées à son handicap seraient :

Des activités uniquement sédentaires en respectant le déficit moteur complet de son pied D (pied tombant) avec un taux de 100%

- Le pronostic est défavorable. »

Par écriture du 6 septembre 2012, l'OAI a souligné qu'une diminution de rendement dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, partant de la capacité de gain, n'était pas justifiée. Il a précisé ce qui suit :

« Quoi qu'il en soit, à supposer que l'on parte du principe que [la capacité de gain] devrait s'en trouver affectée, il conviendrait d'intégrer cet aspect des choses dans un abattement opéré sur le revenu d'invalidé, eu égard aux limitations fonctionnelles. Or, quand bien même le taux maximum de 25% consacré par la jurisprudence devrait être retenu, le degré d'invalidité du recourant resterait inférieur à 40% (32,90%), de sorte qu'un droit à la rente n'entrerait pas pour autant en ligne de compte. »

En réponse à cette détermination, le recourant a fait valoir, par acte du 2 octobre 2012, que le revenu sans invalidité pris en compte par l'OAI, soit 66'494.-- frs., était tout simplement invérifiable en l'absence des comptes individuels à son dossier. L'OAI aurait indexé le revenu d'invalidé pour l'année 2007, ce qui ne serait pas le cas du revenu sans invalidité. Sur la base d'une attestation de son ancien employeur, HH.\_\_\_\_\_, du 15 janvier 2009 à l'adresse de la CNA, on observerait que le salaire horaire en 2009 aurait été de 34,14 frs. A hauteur de 42,5 heures par semaine, cela représenterait un revenu annuel de 75'391,36 frs. Dans le but de disposer de bases de comparaison similaire, le revenu d'invalidé annuel pris en compte pour l'année 2007 à concurrence de 59'486,70 frs. devrait également être indexé à 2009, à raison de 2,2% pour 2008, puis de 2,1% pour 2009. Après dite indexation, l'on obtiendrait un revenu de 52'790,56 frs. En opérant un abattement de 25% sur ce dernier montant il en résulterait un revenu d'invalidé déterminant de 39'570,43 frs. Un taux d'invalidité de 48% serait mis à jour après comparaison avec le revenu sans invalidité de 75'391,36 frs. Indépendamment de ces chiffres, le recourant a au surplus maintenu ses précédentes conclusions.

Par acte du 19 octobre 2012, l'OAI s'est prononcé sur les chiffres ci-dessus, mettant en exergue des erreurs dans le calcul opéré par le recourant. Ce dernier n'aurait pas tenu compte de l'indemnité de vacances de 3,02 frs. de l'heure comprise dans le salaire horaire de 34,14 frs.

Par une écriture du 26 novembre 2012, le recourant a reconnu les erreurs contenues dans son calcul, maintenant toutefois que le revenu d'invalidé apparaissait manifestement surévalué en termes de rendement, abstraction étant faite des possibilités effectives de mettre en valeur une quelconque capacité de gain résiduelle sur le marché du travail.

L'OAI s'est prononcé une dernière fois le 18 décembre 2012.

Dans un délai prolongé à sa requête, le mandataire du recourant a déposé des déterminations complémentaires le 28 février 2013. L'assuré a notamment exposé que « dans la mesure où les conditions d'octroi d'une mesure de type reclassement professionnel, y compris celle relative à l'aptitude subjective à la réadaptation, sont remplies, le principe d'une admission partielle du recours est en tout cas acquis. » Au surplus, il était suggéré de renvoyer le dossier à l'OAI aux fins d'instruction complémentaire.

### **E n d r o i t :**

**1.** Le recours contre la décision de l'OAI, contre laquelle la voie de l'opposition n'est pas ouverte, a été interjeté par l'assuré, domicilié dans le canton de Vaud et revêtant la qualité pour recourir. Il a été déposé dans les formes et délai légaux auprès de la Cour de céans en tant que tribunal compétent en matière d'assurances sociales (art. 56 ss LPGA, art. 93 LPA-VD). Le recours est ainsi recevable. Vu la valeur litigieuse dépassant 30'000.-- frs., le Tribunal statue dans une composition de trois juges (art. 94 al. 1 let. a et 4 LPA-VD, art. 83c LOJV).

**2.** Est uniquement litigieux le taux d'invalidité déterminant le droit éventuel à une rente d'invalidité, singulièrement la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Contrairement à ce qu'allègue le recourant, l'objet du litige ne comprend pas les mesures de réadaptation, dans la mesure où la décision attaquée porte exclusivement sur le refus d'une rente d'invalidité. Il incombera cas échéant à l'OAI

d'examiner l'opportunité et de trancher le droit à des mesures de réadaptation, respectivement à un reclassement professionnel, dans l'hypothèse où une rente entière ne serait pas octroyée à l'assuré, pour autant que son degré d'invalidité atteigne le seuil d'environ 20% ouvrant le droit à cette dernière mesure.

### **3.**

3.1 L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité : un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

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).

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement

être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

3.2 Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références; TF 9C\_219/2013 du 13 septembre 2013 consid. 3.1).

En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA, le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352; TF 9C\_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.1). C'est ainsi qu'il importe pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C\_851/2012 du 5 mars 2013 consid. 2.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra toutefois 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 et les références citées; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

**4.** En l'espèce, le recourant conteste notamment le bien-fondé des appréciations communiquées par le Dr H.\_\_\_\_\_ dans ses rapports d'expertises des 2 octobre 2007 et 10 octobre 2008.

4.1 Ce médecin traite cependant de manière claire, circonstanciée et sans a priori les plaintes de l'assuré, tout en démontrant précisément dans quelle mesure ces plaintes ont des répercussions sur la capacité de travail. A cette fin, il se fonde sur des examens complets réalisés dans sa sphère de compétences (volet orthopédique) et motive ses conclusions de manière étayée. Les deux rapports d'expertise de ce médecin apparaissent dès lors concluants ce qui justifie de leur accorder pleine valeur probante conformément aux critères jurisprudentiels cités supra.

Le Dr H.\_\_\_\_\_ a retenu, dans son rapport du 2 octobre 2007, que la capacité de travail du recourant serait de 100% dans une activité adaptée, tandis que l'ancienne activité professionnelle ne serait plus envisageable.

Dans son courrier du 29 novembre 2007, le médecin traitant de l'assuré, Dr D.\_\_\_\_\_, a concédé, après avoir contrôlé le recourant la veille, partager « tout à fait » l'avis du Dr H.\_\_\_\_\_ s'agissant de l'exercice d'une activité assise ou semi-assise. Les médecins de la Clinique J.\_\_\_\_\_ ont également confirmé, à l'issue d'une observation du recourant du 6 au 27 février 2008, que l'ancienne activité n'était plus réalisable, mais que toute activité adaptée restait possible (rapport du 1<sup>er</sup> avril 2008).

Certes, dans un courrier postérieur, daté du 9 octobre 2008, le Dr D.\_\_\_\_\_ a déclaré envisager de revoir à la baisse - à peut-être 50% - son appréciation initiale selon laquelle un travail essentiellement sédentaire pourrait être exercé à temps complet. Il a toutefois ajouté ne pas être à même d'en juger parce qu'il ne se trouvait « pas sur le terrain, et que ce n'est pas de mon domaine ». Simultanément, le Dr H.\_\_\_\_\_ a retenu dans son second rapport d'expertise du 10 octobre 2008 qu'une activité adaptée devait être possible « à au moins 50% voire même plus ». Il a expliqué cette baisse de rendement passagère par le déconditionnement du recourant en l'absence d'activité lucrative ou physique depuis deux ans. Cela étant, par une reprise de travail progressive, il était très probable que la capacité de travail pourrait augmenter après quelque mois pour être proche d'une capacité pleine et entière du point de vue orthopédique.

Les Drs H.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ ont donc admis une éventuelle réduction de la capacité de travail à environ 50% en octobre 2008. Le Dr H.\_\_\_\_\_ a toutefois exposé dans quelle mesure il était possible d'atteindre une capacité de travail de 100%, tandis que le Dr D.\_\_\_\_\_ suggérait une évaluation « plus globale du patient. » Vu ses propres réserves sur ses compétences à évaluer la capacité de travail, ce dernier médecin ne voulait et ne pouvait donc pas se prononcer plus en détail. Il a au demeurant mentionné uniquement une « possible » diminution de la capacité de travail sans expliquer précisément pourquoi il divergeait des précédentes appréciations. De son point de vue, le status orthopédique n'avait pourtant pas changé, ce qu'avait aussi constaté le Dr H.\_\_\_\_\_ en faisant état d'une situation stabilisée. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a également admis que le « problème » dépassait sa compétence. Ce spécialiste confirmera néanmoins dans un rapport ultérieur du 21 février 2011 qu'une activité exclusivement sédentaire reste accessible au taux de 100%.

Durant l'automne 2008, l'OAI a d'ailleurs proposé à l'assuré d'entreprendre une réadaptation professionnelle dans un cadre adapté à

ses limitations fonctionnelles. Un stage de trois mois au Centre S. \_\_\_\_\_ a été ordonné, à l'issue duquel pouvait être mise en oeuvre une mesure de six mois en vue de l'exercice d'une activité industrielle légère. A toutes fins utiles, l'on rappellera que le droit à une rente ne prend pas naissance tant qu'un assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI (art. 29 al. 2 LAI), ce qui était le cas durant ledit stage. La réadaptation entamée s'est toutefois terminée abruptement du fait de son interruption décidée unilatéralement par l'assuré.

Cela étant, il convient d'observer que le Dr L. \_\_\_\_\_ s'est également rallié, dans un avis du 26 octobre 2008, aux dernières constatations et conclusions du Dr H. \_\_\_\_\_

Dans un courrier du 12 février 2009, le Dr N. \_\_\_\_\_ s'est prononcé sur le dernier rapport du Dr H. \_\_\_\_\_. Il n'a, en définitive, pas qualifié d'erronées les conclusions de l'expert, suggérant uniquement de requérir l'avis d'un anesthésiste spécialisé. Il n'était toutefois « pas là pour remettre en cause » l'évaluation du Dr H. \_\_\_\_\_. Il a par ailleurs admis une capacité de travail - à tout le moins partielle - en faveur du recourant, sans autres explications. Dès lors, cette appréciation peu motivée ne saurait ébranler celle de l'expert. La CNA a par ailleurs dûment pris en charge le traitement de la douleur préconisé par le Dr N. \_\_\_\_\_. Le Prof. A. \_\_\_\_\_ qui s'en est chargé ne remet pas en question l'appréciation de la capacité de travail, se bornant à proposer un traitement médicamenteux afin de réduire les douleurs ressenties par le recourant. Comme l'a retenu de manière convaincante le Dr L. \_\_\_\_\_ en date du 26 mai 2009, la médication antidépressive proposée par le Prof. A. \_\_\_\_\_ ne permet pas de conclure à une quelconque influence des troubles psychogènes sur l'appréciation définitive du cas.

Quant au Dr T. \_\_\_\_\_ (cf. ses courriers des 5 février 2010 et 8 avril 2010), celui-ci a concédé ne pas être compétent pour se prononcer sur la capacité de travail. Ce médecin a noté que le recourant était déprimé, anxieux et stressé, sans en déduire d'incapacité de travail, se contentant de suppositions et de suggestions quant à la

prise en charge de l'état anxio-dépressif. Ainsi que le relève à juste titre le Dr E.\_\_\_\_\_, il apparaît que le Dr T.\_\_\_\_\_ s'est avant tout fondé sur les plaintes exprimées par le recourant sans procéder à des constatations objectives. Il a au demeurant émis des hypothèses non vérifiées concrètement, ayant par exemple conclu à une éventuelle algoneurodystrophie, laquelle n'a nullement été mise en évidence par les précédents médecins spécialistes.

En ce qui concerne l'appréciation du Prof. O.\_\_\_\_\_ du 30 septembre 2010, il faut observer que ce praticien n'a pas procédé à une anamnèse complète, renonçant par exemple à demander une IRM réalisée antérieurement. Son appréciation contient des contradictions lorsqu'il conclut tout d'abord à une capacité de travail de 50% dans le transport de personnes, puis estime « l'invalidité » à 100% sans recouvrement possible à long terme. Vu les problèmes persistants que tous les médecins ont admis au niveau du membre inférieur, il est en outre pour le moins surprenant que le Prof. O.\_\_\_\_\_ envisage une activité de chauffeur. Ainsi que l'a souligné à bon droit le Dr H.\_\_\_\_\_ dans son second rapport, une telle activité présente à l'évidence des risques de sécurité, vu les limitations fonctionnelles de l'assuré, ce même si l'on peut admettre que des adaptations spéciales (d'un coût important) dans un véhicule pourraient éventuellement limiter ces risques ; le Prof. O.\_\_\_\_\_ n'a cependant aucunement mis en exergue la nécessité de telles adaptations. Enfin, ce médecin a renvoyé aux conclusions du Dr I.\_\_\_\_\_ sur le plan psychique, lesquelles n'étaient cependant pas encore connues. Vu l'ensemble de ces imprécisions et contradictions, l'on ne saurait accorder quelconque valeur probante à son rapport d'examen du 30 septembre 2010.

4.2 Suite aux plaintes du recourant sur le plan psychique, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès du Dr I.\_\_\_\_\_. Selon le rapport d'expertise corrélatif du 25 novembre 2010, l'aptitude au travail du recourant ne serait pas restreinte sur le plan psychiatrique. Le recourant fait cependant valoir que ce spécialiste ne se serait pas prononcé sur des idées suicidaires, qui auraient pourtant justifié son

hospitalisation. Il soulève également que l'interprète mandaté par l'expert ne maîtrisait pas la langue portugaise.

Dans le contexte d'examens médicaux nécessaires pour évaluer de manière fiable l'état de santé d'un assuré et ses répercussions sur la capacité de travail, en particulier d'un examen psychiatrique, la meilleure compréhension possible entre l'expert et la personne assurée revêt une importance spécifique. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, il n'existe toutefois pas de droit inconditionnel à la réalisation d'un examen médical dans la langue maternelle de l'assuré ou à l'assistance d'un interprète. En définitive, il appartient à l'expert, dans le cadre de l'exécution soigneuse de son mandat, de décider si l'examen médical doit être effectué dans la langue maternelle de l'assuré ou avec le concours d'un interprète. Le choix de l'interprète, ainsi que la question de savoir si, le cas échéant, certaines phases de l'instruction médicale doivent être exécutées en son absence pour des raisons objectives et personnelles, relèvent également de la décision de l'expert. Ce qui est décisif dans ce contexte, c'est l'importance de la mesure au regard de la prestation entrant en considération. Il en va ainsi de la pertinence et donc de la valeur probante de l'expertise en tant que fondement de la décision de l'administration, voire du juge. Les constatations de l'expert doivent dès lors être compréhensibles, sa description de la situation médicale doit être claire et ses conclusions motivées (TF 9C\_287/2012 arrêt du 18 septembre 2012, consid. 4.1 et les arrêts cités).

En l'espèce, le recourant prétend avoir remarqué au cours de l'entretien passé avec l'expert psychiatre que l'interprète ne traduisait pas correctement ses explications et ne « maîtrisait pas bien » la langue portugaise. Si tel était le cas, le recourant aurait dû intervenir immédiatement, ce dont il ne se prévaut d'ailleurs pas. Il n'a en effet ni refusé de continuer l'entretien avec l'expert par l'intermédiaire de l'interprète en question, ni requis la rectification de ses explications, en dépit des quelques notions de français dont il dispose depuis son arrivée en Suisse en 1997.

Or, la partie qui s'aperçoit qu'une règle de procédure est 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 le résultat à venir ne la satisferait pas (cf. ATF 127 II 227 consid. 1b p. 230; TF 9C\_287/2012 arrêt du 18 septembre 2012 précité consid. 4.3.1).

Le recourant a attendu la réception du rapport du Dr I. \_\_\_\_\_ en décembre 2010 pour se manifester (par courrier du 17 décembre 2010) au sujet de l'interprète en prétextant ses mauvaises connaissances du portugais. Dans l'hypothèse - que le recourant n'allègue pas - où l'expert aurait effectivement outrepassé des objections immédiates en lien avec les traductions de l'interprète, l'assuré aurait à tout le moins dû en informer son avocat en vue d'une intervention sans délai auprès de l'autorité.

A ce stade, les critiques relatives au choix de l'interprète sont manifestement tardives en sus d'être infondées. Par ailleurs, contrairement à ce que prétend le recourant, le Dr I. \_\_\_\_\_ s'est effectivement prononcé sur les idées suicidaires alléguées (cf. p. 11 du rapport du 25 novembre 2010).

Au surplus, l'expertise de ce psychiatre correspond aux critères jurisprudentiels pour qu'il puisse lui être reconnu pleine valeur probante. A l'appui des conclusions du Dr I. \_\_\_\_\_, l'on soulignera que le recourant n'a pas sérieusement suivi de long traitements psychiatriques, étant rappelé qu'il n'a été rencontré que trois fois (du 22 octobre au 13 novembre 2009) à la EE. \_\_\_\_\_ avant l'établissement du rapport du 4 février 2010.

4.3 Fondée sur les éléments exposés ci-dessus, la capacité résiduelle de travail retenue par l'administration ne prête pas flanc à la critique. Par appréciation anticipée des preuves, il n'y a en outre pas lieu de mettre en œuvre les expertises supplémentaires requises par le

recourant, compte tenu de la pleine valeur probante que l'on peut conférer aux rapports des Drs I.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_. Il est aussi superflu d'entendre Mesdames CC.\_\_\_\_\_ et FF.\_\_\_\_\_ en qualité de témoins, dans la mesure où celles-ci ne disposent d'aucune compétence médicale susceptible de porter un éclairage nouveau sur la situation du recourant. S'agissant de l'interprète, l'on renverra au surplus au considérant 4.2 supra. Quant à l'audition du Prof. O.\_\_\_\_\_, une telle mesure n'apparaît pas justifiée, son rapport ayant été analysé ci-dessus, de même que les raisons pour lesquelles il convient de ne pas accorder pleine valeur probante à ce document.

4.4 Eu égard à l'évaluation de l'invalidité effectuée par comparaison des revenus sans et avec invalidité par l'administration, le recourant n'a fait valoir des griefs à ce sujet pour la première fois qu'au stade de sa prise de position du 2 octobre 2012.

Les revenus avancés par le recourant selon ses écritures des 2 octobre 2012 et 26 novembre 2012 se montent à 68'775,20 frs au titre de revenu sans invalidité (contre 66'494.-- frs retenus par l'OAI) et à 62'072,20 frs en tant que revenu d'invalidé. Il convient de déduire de cette dernière somme l'abattement appliqué par l'intimée à hauteur de 15%, ce qui met à jour un revenu d'invalidé déterminant de 52'761,35 frs. (contre 50'653.-- frs retenus par l'OAI), partant le taux d'invalidité suivant :

$[(\text{revenu sans invalidité} \div \text{revenu d'invalidé}) \times 100]$  : revenu sans invalidité = taux d'invalidité

$[(68'775,20 \div 52'761,37) \times 100]$  : 68'775,20  
= 23,28%

Ce taux s'avérant largement inférieur au seuil de 40% n'ouvre pas le droit à une rente AI, conformément à l'art. 28 al. 2 LAI.

Ainsi que l'a exposé l'OAI dans son mémoire du 19 octobre 2012, même en faisant application de l'abattement maximal de 25%, le taux d'invalidité du recourant resterait inférieur à 40%, puisqu'il se monterait à 32,31%. A cet égard, le recourant ne justifie aucunement l'application d'un abattement supérieur à 15%, puisqu'il peut être considéré comme relativement jeune, n'ayant pas 40 ans au moment de l'accident, et qu'il est doté d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, sans que ses problèmes linguistiques ne soient déterminants

(cf. en lien avec les critères motivant l'abattement supplémentaire : ATF 124 V 321 consid. 3 ; ATF 126 V 75 ; ATF 134 V 322).

4.5 Vu les éléments exposés supra, il y a lieu de conclure que la décision de refus de rente, émise par l'intimé le 3 février 2011, est correcte et qu'elle doit être ici confirmée.

**5.** Le recours doit en définitive être rejeté, dans la mesure de sa recevabilité (cf. sur ce sujet consid. 2 supra).

Le recourant n'obtenant pas gain de cause doit supporter les frais judiciaires, fixés in casu à 400.-- frs. (cf. art. 69 al. 1bis LAI), et n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision de l'OAI du 3 février 2011 est confirmée
- III.** Des frais judiciaires de 400.-- frs. (quatre cents francs) sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- PROCAP Service juridique à Bienne (pour M. \_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales.

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :