

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 septembre 2022

---

Composition : M. NEU, président  
Mmes Dormond Béguelin et Silva, assesseures  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.**\_\_\_\_\_, à **P.**\_\_\_\_\_, recourant, représenté par Me Philippe Nordmann,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant tunisien, né en 1977, a déposé le 8 août 2007 une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il a indiqué avoir travaillé notamment comme chauffeur-livreur et comme magasinier et requis l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession, subsidiairement d'une rente.

Dans le cadre de sa demande, l'assuré a précisé être en incapacité de travail sans discontinuer à la suite d'un accident survenu le 7 septembre 2006, accident dont la prise en charge avait été demandée à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA). Il a déclaré que ses lésions avaient consisté en un pneumothorax droit ainsi qu'en diverses fractures (coude et poignet droit, quelques côtes à droite ainsi que l'aile iliaque droite) et qu'il souffrait depuis lors de troubles anxieux et dépressifs ainsi que d'un état de stress post-traumatique.

Il ressort des pièces du dossier que le véhicule de l'assuré avait été percuté par un camion et traîné sur une cinquantaine de mètres avant de percuter un autre véhicule. L'assuré avait été transporté en ambulance à l'Hôpital T.\_\_\_\_\_.

Dans un questionnaire adressé par l'OAI à la société V.\_\_\_\_\_ SA, employeur de l'assuré au moment de l'accident, cette dernière a répondu le 11 septembre 2007 que le contrat de travail conclu entre les parties avait été résilié le 23 mars 2007 (avec effet au 30 avril suivant). Cette entreprise a déclaré que le salaire de son ex-employé était de 20 fr. 95 de l'heure avec un horaire de travail de 42 heures par semaine et que son activité consistait à charger et décharger des camions dans son dépôt de G.\_\_\_\_\_ ce qui nécessitait de soulever, respectivement porter, au maximum 30,5 kg, 100 à 200 fois par jour.

Dans un rapport médical du 19 septembre 2006, le Prof. I. \_\_\_\_\_ ainsi que les Drs F. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_, du Service de chirurgie thoracique et vasculaire de l'Hôpital T. \_\_\_\_\_, ont posé comme principaux diagnostics ceux de pneumothorax droit drainé, de contusion pulmonaire minime, de fracture de la côte cervicale droite, de fracture-arrachement de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, de plaie du conduit auditif externe droit et de fracture du coude droit. Comme diagnostic secondaire, il est mentionné une décompensation psychotique. Dans le cadre de leur discussion du cas, les médecins susmentionnés ont indiqué notamment que, sur le plan thoracique, les suites étaient simples avec retrait du drain thoracique au 3<sup>ème</sup> jour, que le RX du thorax de contrôle montrait un bon accollement pleuro-parenchymateux, que sur le plan orthopédique l'assuré bénéficiait d'un traitement de son coude droit par plâtre brachio-anti-brachio-palmaire pendant 4 à 6 semaines et que les examens neurologique, rachidien, abdominal et des autres membres étaient sans particularité.

Dans un rapport du 19 juillet 2007, le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a apprécié le cas de l'assuré en ces termes :

« (...)

Les fractures ont été traitées conservativement. L'évolution actuelle est marquée par la persistance de quelques douleurs post-fracturaires sur lesquelles semblent se greffer un état de stress post-traumatique.

A l'examen de ce jour, outre la persistance de quelques douleurs post-fracturaires du coude, des côtes et du bassin, l'assuré signale encore quelques cauchemars liés à l'accident. Il est encore tributaire d'une canne pour les déplacements extérieurs et on relève un léger déficit de la fonction articulaire du coude droit où l'on palpe quelques indurations correspondant à des corps étrangers au pourtour de l'épicondyle.

Dans l'état, un séjour de réadaptation à la Clinique K. \_\_\_\_\_ nous paraît indiqué. Le séjour aura principalement pour objectif d'améliorer les douleurs et d'améliorer la marche pour sevrer cet assuré de sa canne.

On pourra également effectuer l'évaluation psychiatrique souhaitée par son médecin-traitant dans le contexte de l'état de stress post-traumatique évoqué.

(...) »

L'assuré a séjourné à la Clinique K. \_\_\_\_\_ du 29 août au 7 septembre 2007. Ce séjour a fait l'objet d'un rapport du 21 septembre 2007, établi par les Drs X. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et A. \_\_\_\_\_, médecin au service de réadaptation générale. Ces praticiens ont posé les diagnostics suivants :

« **DIAGNOSTIC PRIMAIRE**

- Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)

**DIAGNOSTICS SECONDAIRES**

- **AVP le 07.09.2006 avec :**
  - o Pneumothorax droit drainé (T 91.4 ; Z 98.8)
  - o Contusion pulmonaire minime (T 91.4)
  - o Fracture de côte cervicale à droite (T 91.2)
  - o Fracture et arrachement de l'épine iliaque antéro-supérieure à droite (T 91.2)
  - o Fracture de l'aile iliaque droite (T 91.2)
  - o Fracture peu déplacée de l'épicondyle de l'humérus droit (T 92.1)
  - o Plaie du conduit auditif externe droit (T 90.0)

**CO-MORBIDITES**

- Trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse prédominante (F 43.23) de type post-traumatique. »

Dans le cadre de leur appréciation et discussion du cas, ces médecins se sont exprimés en ces termes :

« A l'entrée, M. S. \_\_\_\_\_ utilise toujours une canne pour les longues distances. Il se dit gêné par les douleurs de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, apparaissant à la mobilisation et à la marche et estimées à environ 8-9/10 sur l'échelle EVA. Le patient avance également des douleurs fessières, à droite, survenant surtout lors des exercices ou lors de la marche. Pas de douleur nocturne. Pas de trouble neurologique. M. S. \_\_\_\_\_ déclare des douleurs de l'épicondyle latéral du coude droit, lors de la mobilisation ou lors du port de charges, à environ à 10/10 sur l'échelle EVA. Il reste toujours les corps étrangers (débris de verre au coude qu'il est prévu d'enlever). Les infiltrations par Cortisone n'améliorent pas ces douleurs.

Du point de vue psychique, on relève surtout des symptômes et signes anxieux en lien avec son accident, dont des cauchemars, le sentiment que son accident est encore tout récent, des épisodes

d'angoisse sur déclencheurs, par exemple les camions, ainsi qu'un évitement relatif (conduite automobile). Le patient souligne aussi l'impact de son accident sur son épouse et sur leur vie de couple, en particulier au niveau de la sexualité. La thymie globale est actuellement maintenue avec capacité de modulation satisfaisante selon les sujets évoqués. Il n'y a pas de signe pour un trouble psychotique ou un trouble de la personnalité.

Le tableau clinique actuel révèle donc un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse prédominante dont plusieurs signes de type post-traumatique. Du point de vue thérapeutique, maintien du Remeron et suivi psychothérapeutique centré sur son vécu de l'accident, durant le séjour. Les symptômes présentés par le patient restent relativement marqués, et nécessitent la poursuite du traitement de Remeron introduit depuis quelques mois, ainsi qu'un traitement psychothérapeutique centré sur le vécu traumatique. Pour ce faire, un certificat attestant de l'indication à un traitement spécialisé a été remis au patient, ainsi que l'adresse d'un psychothérapeute travaillant à P.\_\_\_\_\_.

La physiothérapie a associé des traitements passifs de massages et étirements, et actifs avec ballon, piscine, entraînement thérapeutique sur appareils de fitness. Durant les thérapies, il a été observé chez le patient par les thérapeutes un comportement douloureux démonstratif, à toute mobilisation (hanche droite, coude droit, lombaire), avec des attitudes de protection avec les mains sur la zone à évaluer. Lors des déplacements et dans les retournements sur la table de traitement, il a été constaté une grande lenteur et beaucoup de précaution. A partir du 31.08.2007, le patient se déplace à l'intérieur de la Clinique à l'aide d'une canne anglaise portée à gauche. Objectivement, aucune amélioration n'a été constatée.

(...)

Pour la suite, nous proposons la poursuite des traitements de physiothérapie ambulatoire à raison de 3x/semaine, ainsi qu'un suivi psychologique régulier pour une psychothérapie cognitivo-comportementale (...).

Du point de vue professionnel, M. S.\_\_\_\_\_ a travaillé dans diverses activités, dans des travaux temporaires. Il a signé un contrat de durée indéterminée le 18.08.2006 en tant que magasinier, mais a été licencié pour le 30.04.2007. Dans l'état actuel des choses, l'incapacité de travail est totale. L'évaluation durant le séjour n'a pas pu être menée à son terme, il ne nous est donc pas possible de nous déterminer sur le pronostic de reprise du travail à long terme. Cependant, il existe des facteurs non-médicaux qui influencent négativement le pronostic de reprise du travail chez ce patient. Nous proposons que la situation soit réévaluée d'ici 3 mois par le médecin d'agence et sommes à disposition pour une réhospitalisation dans le cadre d'une évaluation courte.

#### **INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE MAGASINIER**

- 100 %. »

Dans un rapport médical du 26 octobre 2007, le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a confirmé les diagnostics posés par les médecins de la Clinique K. \_\_\_\_\_ en y ajoutant toutefois celui d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11). Il a indiqué que l'activité de l'assuré exercée jusqu'alors était encore exigible à raison de 20-30 %, sans diminution de rendement, mais qu'il fallait éviter le port de charges excédant les 3-4 kg. Ce praticien a également estimé qu'il n'était pas possible d'améliorer la capacité de travail dans le poste occupé jusqu'alors mais que l'on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité. Il a également précisé notamment que les fonctions intellectuelles de l'assuré n'étaient pas normales.

Le 21 janvier 2008, la CNA a adressé à l'OAI le rapport d'examen établi le 18 janvier précédent par son médecin d'arrondissement, à savoir le Dr Z. \_\_\_\_\_, et dont la partie « Appréciation du cas » a la teneur suivante :

« (...)

L'évolution après l'accident a été perturbée par une problématique d'ordre psychiatrique, des troubles de l'adaptation avec réaction anxieuse prédominante de type post-traumatique étant diagnostiqués à l'issue d'un séjour à la Clinique K. \_\_\_\_\_ qui a dû être écourté pour des motifs personnels, à la demande de l'assuré.

Un suivi psychiatrique a été instauré à l'issue du séjour qui semble avoir amélioré le tableau sur le plan psychologique, si l'on se base sur les indications fournies par l'assuré et sur l'état d'esprit plutôt positif que nous avons pu constater aujourd'hui.

A l'examen de ce jour, l'assuré se plaint principalement de douleurs de l'hémi-bassin et de la hanche droites et de douleurs du coude droit liées à la présence de corps étrangers.

Cliniquement, il présente des signes irritatifs de la sacro-iliaque et de la crête iliaque droites associés à un tableau de type périarthrite de la hanche.

La situation n'est pas encore tout à fait stabilisée. Sur le plan thérapeutique, l'ablation chirurgicale des corps libres du coude droit est indiquée et devrait, nous l'espérons, s'effectuer prochainement.

(...)

La capacité de travail médico-théorique, chez un assuré actuellement sans emploi, reste pour l'instant nulle.

Une reprise dans une activité adaptée et une annonce au chômage pourront être envisagées dès que le décours post-chirurgical du coude droit le permettra.

L'assuré s'est d'ores et déjà inscrit à l'Assurance Invalidité pour un reclassement professionnel. Sur le plan de l'exigibilité, ce reclassement devrait s'effectuer dans une activité n'exigeant pas de manutentions lourdes, de déplacements fréquents ou en terrain irrégulier et permettant l'alternance des positions.

(...) ».

Dans un rapport médical du 18 mars 2008, la Dresse C.\_\_\_\_\_, médecin assistante au sein du Service d'orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur de l'Hôpital T.\_\_\_\_\_, a indiqué que les diagnostics ci-dessous affectaient la capacité de travail de l'assuré :

« Tendinite du muscle psoas, du muscle pyramidal et du moyen fessier à droite.  
Status post pneumothorax à droite drainé le 07.09.06  
Status post contusion pulmonaire le 07.09.06  
Status post arrachement de l'épine iliaque antéro-supérieure à droite le 07.09.06  
Status post fracture de l'iliaque droite le 07.09.06.  
Status post fracture peu déplacée de l radiale de l'humérus droit le 07.09.06  
Status post plaie du conduit auditif externe droit le 07.09.06  
Status post fracture des côtes à D le 07.09.06 ».

Cette praticienne a retenu que l'incapacité de travail de l'assuré était reconnue médicalement à 100 % depuis le 7 septembre 2006, que les douleurs chroniques de la hanche droite, séquellaires au traumatisme, rendaient un travail physique de type magasinier impossible et qu'il y avait une diminution de rendement de 50 % en raison des douleurs limitant les efforts prolongés ainsi que le port de charges nécessitant des pauses fréquentes. Elle a également considéré que l'assuré pouvait exercer une autre activité limitant les ports de charges à 10 kg en alternant la station assise et debout, sans marche prolongée. Elle a aussi précisé que cette activité pourrait théoriquement être exercée à 100 %, en principe sans diminution de rendement. Par surcroît, elle a indiqué que le traitement, suite au traumatisme du 7 septembre 2006,

était encore en cours et que son dernier examen remontait au 1<sup>er</sup> février 2008.

Dans un rapport médical du 23 juin 2008, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin au sein du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), sur la base du rapport de la Dresse C.\_\_\_\_ du 18 mars 2008, a notamment considéré que le début de l'incapacité de travail de l'assuré remontait au 7 septembre 2006 et avait été de 100 % jusqu'au 31 janvier 2008. Il a également estimé que la capacité de travail exigible de ce dernier était de 50 % dans son activité habituelle depuis le 1<sup>er</sup> février 2008 et de 100 % dans une activité adaptée. Il a finalement retenu les mêmes limitations fonctionnelles que la Dresse C.\_\_\_\_\_.

Le Dr H.\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur ce cas en ces termes :

« (...)

L'évolution a été compliquée par l'apparition d'un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse de type post-traumatique.

Au plan ostéo-articulaire, l'assuré continue à se plaindre de douleurs du bassin, de la hanche et du coude droits. Il marche encore avec l'aide de cannes pour de longues distances. Les limitations fonctionnelles justifient une incapacité de travail de 50 % dans l'activité exercée, avec une pleine exigibilité dans une activité adaptée.

L'évolution psychiatrique a été favorable, de sorte que le traitement a été interrompu au début 2008.

Compte tenu de ce qui précède, seules les limitations fonctionnelles ostéo-articulaires doivent être prises en compte. »

Le 3 juillet 2008, l'OAI a procédé au calcul du salaire exigible de l'assuré. En se fondant sur la Table TA1, niveau de qualification 4, année 2006, de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), et après indexation jusqu'en 2008, l'OAI a déterminé que ce salaire, sans abattement, s'élevait à 61'389 fr. 47. Sur la base d'un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré, l'OAI a finalement arrêté son salaire avec invalidité à 55'250 fr. 52. Quant au revenu sans invalidité, l'OAI l'a fixé à 48'940 fr. (valeur 2008) en se fondant sur le salaire que l'assuré aurait pu escompter chez son dernier

employeur à raison de 20 fr. 95 de l'heure (selon questionnaire pour l'employeur du 11 septembre 2007).

Par projet de décision du 4 juillet 2008, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui reconnaître uniquement un droit à une rente limitée dans le temps basée sur un degré d'invalidité de 100 % entre le 7 septembre 2007 et le 30 avril 2008.

Par courrier du 15 juillet 2008, l'assuré s'est opposé à ce projet estimant en particulier que les arguments de calcul de son revenu étaient « plus que fantaisistes » et ne correspondaient pas à un cas comme le sien, compte tenu de ses capacités physiques. De plus, en l'absence de diplôme à faire valoir pour trouver un emploi, il ne pouvait que trouver une activité demandant des efforts physiques.

Par courrier du 23 septembre 2008, l'OAI a informé l'assuré que sa contestation du 15 juillet 2008 n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position, son projet du 4 juillet 2008 étant fondé et devant être entièrement confirmé. Cet office a en outre écrit ce qui suit :

« Nous demandons ce jour à la caisse AVS compétente de bien vouloir notifier la décision définitive concernant la rente limitée dans le temps. Il vous sera loisible de recourir à réception de cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances. »

Des pièces du dossier, il ressort que, par courrier adressé le 23 septembre 2008 à la Caisse cantonale AVS du canton de Zurich, l'OAI a transmis à cette caisse sa motivation en vue de la notification de la décision finale à l'assuré. A cet égard, le dossier de l'OAI comprend effectivement un document de cinq pages intitulé « motivation », mentionnant la date d'indexation du 23 septembre 2008 mais sur lequel ne figure pas l'adresse du destinataire.

Par avis médical du 12 novembre 2008, les Drs Q.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, du Service d'orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur de l'Hôpital T.\_\_\_\_\_, ont confirmé les diagnostics posés dans

le rapport de la Dresse C. \_\_\_\_\_ du 18 mars 2008, l'incapacité totale de travail de l'assuré en qualité de magasinier et sa capacité de travail à 100 % dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles.

Par décision du 26 novembre 2008 libellée en allemand, l'Office des assurances sociales de Zurich a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité à 100 % du 1<sup>er</sup> septembre 2007 au 30 avril 2008, soit 396 fr. par mois (3'168 fr. en tout) à verser sur le compte de l'assuré auprès de la Banque J. \_\_\_\_\_ à P. \_\_\_\_\_. Cette décision ne compte que deux pages au dossier - alors qu'elle en mentionne expressément quatre - et n'indique pas les voies de droit.

Par courrier du 23 janvier 2009, l'assuré a interpellé l'OAI en le priant de bien vouloir réexaminer sa situation. A ce titre, il a informé l'OAI que l'Hôpital T. \_\_\_\_\_ allait établir un nouveau rapport et qu'il pouvait en outre contacter son physiothérapeute.

Par courrier du 29 janvier 2009, l'OAI a répondu à l'assuré en ces termes :

« Nous accusons réception de votre courrier du 23 janvier 2009 qui a retenu toute notre attention.

Nous nous référons à la décision définitive du 26 novembre 2008 qui est actuellement passée en force. Vous ne pouvez dès lors plus recourir. En outre, les renseignements médicaux que vous nous aviez fournis confirmaient une capacité de travail raisonnablement exigible de 100 % dans une activité adaptée, raison pour laquelle, nous vous avons proposé l'aide de notre service de placement.

En conclusion, vous avez la possibilité de faire appel à notre service de placement. Le cas échéant et sur demande de votre part, nous pouvons vous adresser une communication quant à l'octroi de l'aide au placement.

Concernant le droit à la rente, celui-ci a été examiné et confirmé par notre décision du 26 novembre 2008 pour une rente limitée dans le temps ceci sur un degré d'invalidité de 100 %.

Si depuis lors, votre état de santé s'est manifestement aggravé, vous avez la possibilité de déposer une nouvelle demande de prestations qui devra être jointe par un certificat médical prouvant et détaillant l'aggravation de l'état de santé, ce qui n'est pas le cas pour l'instant si nous nous référons au dernier certificat médical du 12.11.2008 par la Dresse C. \_\_\_\_\_ qui atteste que vos capacités fonctionnelles restent les mêmes. »

Par courrier du 25 février 2009, à la suite d'un contact téléphonique du même jour avec l'OAI, l'assuré a informé cet office qu'il avait rendez-vous avec son médecin traitant à l'Hôpital T.\_\_\_\_\_ et que celui-ci ferait un rapport circonstancié. Il a également relevé que dans tous les cas, il ne pensait pas trouver un emploi dans lequel un patron tolérerait qu'il soit souvent absent pour recevoir des soins pendant une durée indéterminée.

**B.** Dans un rapport médical du 10 février 2009 co-signé par le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à l'Hôpital T.\_\_\_\_\_, il est écrit en particulier que :

« Depuis notre rapport du 12.11.08 [rapport des Drs Q.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_], les capacités fonctionnelles du patient restent toujours les mêmes. Il est toujours suivi dans notre service pour la tendinite du muscle psoas, du muscle pyramidal et du moyen fessier à droite et il bénéficie d'un traitement ambulatoire intensif de physiothérapie.

Je revois en consultation le patient susmentionné le 09.01.09. Le patient marche avec une canne, avec persistance d'une boiterie. Il décrit toujours des douleurs chroniques importantes au niveau de la hanche droite. Comme déjà mentionné lors de notre dernier courrier, le patient ne peut plus travailler comme magasinier, profession exercée avant l'accident, en raison de ses capacités fonctionnelles réduites, mais par contre, il pourrait bénéficier d'un travail adapté en tenant compte de ses capacités fonctionnelles actuelles ainsi que de son traitement ambulatoire. »

La Dresse B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie ainsi que médecin d'arrondissement à la CNA, a procédé à un examen clinique de l'assuré le 13 mars 2009. Dans son rapport du même jour, ce médecin a apprécié le cas en ces termes :

« (...)

Nous nous trouvons dans une situation assez stationnaire par rapport à l'examen du médecin d'arrondissement, le Dr Z.\_\_\_\_\_, du 18.01.2008 avec des plaintes subjectives qui restent importantes chez un patient qui présente une importante boiterie à la marche, se déplaçant avec une canne.

Au plan objectif, M. S.\_\_\_\_\_ est en bon état général apparent, il n'est pas déconditionné au plan musculaire, ce sujet longiline

présente en effet une musculature qui reste bien développée, symétrique.

Il annonce d'importantes douleurs hémi-corporelles droites. En ce qui concerne le status post-fracturaire du coude, nous notons des amplitudes articulaires complètes pour le coude droit. L'évolution radiologique est favorable avec toutefois une exostose du condyle et une petite solution de continuité encore visible au niveau de l'olécrâne, sans répercussion fonctionnelle.

(...)

Il persiste des thoracodynies droites avec un status pulmonaire calme, qui se conforte au contrôle radiologique de ce jour, permettant d'exclure un syndrome restrictif après le pneumothorax, la contusion et les fractures de côtes à droite.

En ce qui concerne les douleurs de l'hémi-bassin droit, elles s'inscrivent dans un contexte de douleurs insertionnelles tendino-musculaires avec une tendinite du psoas cliniquement, des douleurs aggravées par la mise sous tension du pyramidal, du moyen fessier, sans qu'il y ait de signe d'hypotrophie localement ni de déficit sensitif ou moteur identifiable. Il n'y a pas de limitation des amplitudes coxo-fémorales. L'arrachement de l'épine iliaque nous paraît consolidé.

Une comorbidité psychiatrique nous paraît prédominer le tableau clinique actuel et nous proposons à son médecin-traitant, le Dr D.\_\_\_\_\_, de réévaluer cet élément auprès d'un confrère psychiatre.

Rappelons que M. S.\_\_\_\_\_ avait présenté en milieu hospitalier dans les suites directes de son accident une décompensation psychotique et il avait été retenu à la Clinique K.\_\_\_\_\_ une problématique d'ordre psychiatrique.

Des suites de l'accident, nous admettons comme limitations fonctionnelles, l'évitement de la marche prolongée, de devoir se déplacer sur un terrain instable, une échelle, un escabeau, l'évitement du port de charges supérieures à une vingtaine de kilos de manière occasionnelle et 10 kg de manière répétitive. Il faut également éviter les activités avec des engins vibrants avec le MS.

Dans une activité respectant ces limitations fonctionnelles, l'exigibilité me paraît totale.

(...) ».

Par décision du 5 mai 2009, la CNA a notamment refusé d'octroyer une rente à l'assuré sous l'angle de l'assurance-accident.

Par courrier du 26 mai 2009, Me Philippe Nordmann a indiqué à l'OAI avoir été consulté et constitué avocat par l'assuré « au sujet de son

incapacité de travail et/ou invalidité consécutive notamment à l'accident du 7 septembre 2006 ». Il a requis une copie du dossier de son client, dossier que l'OAI lui a transmis le 29 mai suivant sous la forme d'un CD-ROM.

Le 6 juin 2009, l'assuré a fait opposition contre la décision de la CNA du 5 mai précédent.

Par décision sur opposition du 9 novembre 2009, la CNA a confirmé sa décision du 5 mai précédent. Dans les faits retenus, il est notamment mentionné que l'AI avait reconnu à l'assuré un droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 100 % du 7 septembre 2007 au 30 avril 2008, après quoi elle avait constaté qu'il n'existait de droit ni à une rente ni aux mesures professionnelles.

Par acte du 10 décembre 2009, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours devant la Cours de céans contre la décision sur opposition de la CNA. Dans le cadre de l'instruction de cette cause (AA 140/09), deux expertises judiciaires ont été mises en œuvre, respectivement en rhumatologie et en psychiatrie. Ces deux expertises ont été confiées d'une part au Dr L.\_\_\_\_\_, chef de clinique au Service de rhumatologie du Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital T.\_\_\_\_\_, et, d'autre part, au Dr E.\_\_\_\_\_, médecin associé au Centre d'expertise du Département de psychiatrie de l'Hôpital T.\_\_\_\_\_.

Dans son rapport d'expertise du 4 avril 2011, le Dr L.\_\_\_\_\_ a retenu ce qui suit :

« **Diagnostics**

- 1) Pygalgies D dans un contexte d'une très discrète tendopathie du moyen fessier et des dysbalances musculaires, associées à un déconditionnement psychique.
- 2) Epicondylalgie droite.
- 3) Syndrome fémoropatellaire bilatéral
- 4) Syndrome douloureux chronique
- 5) Status après accident de la voie publique le 07.09.2006 avec
  - Pneumothorax droit drainé,
  - Contusion pulmonaire minime,

- Fracture de côte cervicale droite,
- Fracture-arrachement de l'épine iliaque antéro-supérieure droite,
- Plaie du conduit auditif externe droit,
- Fracture de l'épicondyle latéral du coude droit (...).

### **Conclusion :**

Ce patient présente des douleurs chroniques suite à un accident de la circulation survenu le 6 [recte : 7] septembre 2006. Il s'en suit un patient se plaignant actuellement de douleurs au niveau de son membre supérieur droit, non seulement au niveau du coude, mais aussi au niveau du poignet droit, non déclaré comme douloureux initialement lors de l'accident. De plus, il signale des plaintes au niveau de la hanche droite, se traduisant par des douleurs et une importante boiterie. L'expertise faite le 7 mars, complétée par un examen des capacités fonctionnelles faite par le service d'ergothérapie, a été demandée afin d'évaluer les séquelles de l'accident et ses répercussions fonctionnelles.

Concernant la concordance entre l'anamnèse fournie par Monsieur S. \_\_\_\_\_ et ce qui est noté dans le dossier, elle est parfaite. Les plaintes sont restées concordantes au cours de son histoire, hormis l'apparition maintenant de douleurs du poignet et du genou, non signalées auparavant, même lors de mon examen il y a 2 ans. Il se peut que les gonalgies actuellement présentes s'inscrivent dans le contexte de déconditionnement, ce qui explique le syndrome fémoropatellaire.

En regardant la description classique de sa journée avec les activités sociales, nous constatons que le patient semble passablement limité dans ce qu'il parvient à faire signifiant l'importance des conséquences fonctionnelles de l'état douloureux.

Concernant l'examen clinique, nous sommes confrontés à un patient qui se limite, certainement par appréhension, comme relevé lors de l'ECF, cité ci-dessus par exemple. Nous sommes frappés par une importante boiterie, se traduisant par l'utilisation d'une canne et une quasi impossibilité d'effectuer les tests fonctionnels en déplacement. Ceci contraste avec un examen radioclinique très pauvre, absence d'amyotrophie qu'on serait en droit d'attendre, après une si longue période de non-utilisation, des amplitudes articulaires normales non limités, et un bilan radiologique qui reste rassurant au niveau de la musculature fessière.

Néanmoins, quand il n'est pas conscient, de meilleurs résultats peuvent être obtenus. Nous constatons donc un certain cumul entre ce que Monsieur S. \_\_\_\_\_ montre et certaines limitations que nous avons constatées. Il est ici extrêmement important d'avoir une évaluation psychiatrique.

Nous avons ainsi pratiqué une évaluation des capacités fonctionnelles afin d'évaluer objectivement l'aptitude de la personne à répondre à différentes contraintes physiques. Il existe plusieurs programmes et nous avons utilisé un système kinésiophysique, tendant à mesurer l'effort maximal, indépendamment de la douleur annoncée, mais sans danger pour le sujet. Il est à noter que les

efforts fournissent un instantané de ce que le patient peut effectuer. Les performances sont évaluées à un moment précis, sans que nous puissions l'extrapoler dans le temps. Ceci dépend bien sûr aussi beaucoup de la participation du patient, de ce qu'il veut nous montrer. Ainsi l'ECF nous permet de quantifier l'effort qu'il veut accomplir et dans le cas présent les limitations lors des déplacements montrées par le patient rend cette évaluation plutôt incomplète. En ce qui concerne les membres supérieurs, nous sommes confrontés à des forces de préhensions au niveau des mains très faibles avec des maxima à 9 ou 13 kg (ou 90 à 130 N) (norme : pour la population de salariés et, entre parenthèses, leurs écarts-type, sont [...] de 515 (91) N pour la main dominante et de 477 (63) N pour la main non dominante) et nous sommes frappés, comme noté dans les conclusions, par le fait que le patient ne va pas au bout de ses capacités physiques par peur de ce qui pourrait arriver.

La mesure de l'intensité de la douleur s'appuie ici d'un côté sur l'échelle EVA et d'autre part sur les aspects cognitifs associés au sentiment de détresse, ainsi que les stratégies que le patient aurait pu développer pour éviter la situation douloureuse. Comme nous le constatons, ces échelles montrent de fortes limitations dans la fonction. Néanmoins, il reste difficile de standardiser la quantification et la description de la douleur chronique sur le questionnaire PACT auquel nous avons soumis le patient. Il obtient un score de 53 sur 200, qui montrerait une forte incapacité fonctionnelle. Il s'agit d'un questionnaire d'évaluation du handicap fonctionnel perçu dans les activités professionnelles et quotidiennes.

Dans cette situation, dans une activité adaptée, en position assise, avec utilisation des membres supérieurs, il pourrait avoir une capacité de travail complète selon les limitations fournies dans l'ECF, avec toutefois une nette diminution du rendement d'environ 50 %.

Nous arrivons, ensemble avec l'ergothérapeute, à la conclusion d'un important déconditionnement musculaire, où nous nous posons des questions sur un comportement malade, avec d'importantes appréhensions qui semblent ancrées dans cette situation. »

A la question « Quelle est votre appréciation de la capacité de travail en termes d'horaires et de rendement dans d'autres activités adaptées au handicap ? » l'expert a considéré que les limitations fonctionnelles des hanches avaient uniquement des conséquences sur les activités requérant la marche ou la position debout et qu'il avait une limitation pour monter sur les échelles et les échafaudages, ainsi qu'à la marche. Toutefois, globalement, il n'y avait aucune limitation pour les postures en position assise ou les activités alternées. Concernant le coude, l'expert a considéré qu'il n'y avait pas de limitation de la mobilité, ni en flexion/extension, ni en prosupination, qui empêcherait le maniement

d'appareils dans les activités quotidiennes tout en soulignant qu'il était néanmoins fortement impressionné par la limitation de la force de préhension du patient pour laquelle il n'avait pas d'explication anatomique. L'expert a en outre précisé que l'évaluation des capacités fonctionnelles montrait une exécution extrêmement lente, que ce soit avec ou sans port de charges, qui pourrait certainement être attribuée à des appréhensions par crainte de se bloquer. Finalement, l'expert a retenu que dans cette situation, l'assuré pourrait, dans une activité surtout assise, sans adaptation, avec un travail des membres supérieurs limités selon les recommandations de l'évaluation des ports de charges, exercer un temps complet toutefois avec un rendement qui devrait être abaissé de 50 %.

Dans son rapport d'expertise du 15 septembre 2011, le Dr E.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2). Dans la partie « Discussion » de son expertise, ce spécialiste a écrit ce qui suit :

« (...)

Au terme de nos investigations, nous pouvons conclure chez Monsieur S.\_\_\_\_\_ à un syndrome douloureux somatoforme persistant développé dans les suites de l'accident. En effet, Monsieur S.\_\_\_\_\_ présente des douleurs constantes qui ne sont pas entièrement expliquées par un trouble physique, comme le démontre également l'expertise du Docteur L.\_\_\_\_\_ et qui s'accompagne d'un sentiment de détresse psychique. Les troubles physiques objectivés ne permettent pas d'expliquer la gravité des symptômes, leur persistance, la détresse qui y est associée ou encore des perturbations que l'expertisé porte. Par ailleurs, la caractéristique typique de ce trouble est d'attribuer toute la souffrance à une atteinte organique, en l'occurrence aux séquelles de l'accident et dans ce cas, l'expertisé ne peut accepter l'implication d'un quelconque facteur psychologique dans la symptomatologie présentée. Par ailleurs, le comportement est parfois démonstratif, surtout quand l'expertisé a l'impression que ses plaintes ne sont pas prises en considération ou encore si on tente d'évoquer des éventuelles implications psychologiques. Il n'est pas tranquilisé par les résultats rassurants des médecins qu'il a consultés. Il n'a pas de revendications financières formulées mais de reconnaissance de sa souffrance et de son incapacité à travailler.

Nous pouvons conclure, au terme de nos investigations, également à un trouble anxieux et dépressif mixte. Monsieur S.\_\_\_\_\_ présente

une symptomatologie anxieuse persistante accompagnée d'une symptomatologie dépressive sans améliorations malgré un traitement antidépresseur et une prise en charge psychiatrique qui a été toutefois de courte durée. En effet, la symptomatologie anxieuse se traduit par une préoccupation incessante quant à son état de santé, exprimée sous forme de tension, d'appréhension, d'exacerbation des plaintes somatiques et d'irritabilité, la pensée est rétrécie autour de ces douleurs. Il rumine sans cesse un sentiment de ne pas parvenir à s'en sortir, de ne pas arriver à travailler, d'avoir toujours mal, sentiments qui se répercutent sur le plan clinique et s'accompagnent d'une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne. En effet, nous ne pouvons pas retenir un diagnostic d'épisode dépressif constitué au sens de la CIM-10, la symptomatologie étant passablement dépendante lors de nos entretiens, des sujets abordés et notamment, lorsque nous portons attention à son histoire de vie, cette symptomatologie est absente.

L'examen neuropsychologique effectué dans le cadre de cette expertise ne met pas en évidence des troubles cognitifs de nature à avoir des répercussions sur la capacité de travail, les résultats obtenus se situant dans les limites des normes et une fluctuation des performances est notée entre les deux dates d'examens liée possiblement à des difficultés sur le plan motivationnel.

Selon les éléments en notre possession, nous pouvons exclure toute pathologie psychiatrique sévère ou durable antérieure à l'accident de septembre 2006, et notamment un trouble de l'humeur, un trouble du registre des psychoses ou encore un trouble de la personnalité. Il n'y a pas non plus de dépendances à des substances psycho-actives ni à l'alcool (...). »

Dans le cadre de son expertise, le Dr E. \_\_\_\_\_ a répondu notamment aux questions suivantes :

« (...)

**6. A quelle date, passée, présente ou future, peut-on estimer qu'il n'y a plus d'évolution notable de l'état de santé?**

*REPONSE :* Sur le plan psychiatrique, selon les éléments en notre possession, nous pouvons estimer qu'il n'y a plus d'évolution notable depuis environ 2008-2009.

(...)

**8. Quelles sont les limitations professionnelles affectant Monsieur S. \_\_\_\_\_?**

**a) sur le plan somatique**

*REPONSE :* Cf. expertise du Docteur L. \_\_\_\_\_.

**b) sur le plan psychique**

REPONSE : Sur le plan psychique, Monsieur S. \_\_\_\_\_ présente un important repli sur soi, un isolement social important, avec difficultés à pouvoir sortir, se déplacer, une tendance à la clinophilie. Il présente des troubles du sommeil avec des réveils nocturnes et des cauchemars, le sommeil reste non réparateur et il présente une fatigue, une asthénie et des difficultés de concentration, accompagnées de céphalées lorsqu'il doit se concentrer. Il présente également une irritabilité, de même qu'un ralentissement tant dans ses déplacements qu'au niveau de sa pensée. Par ailleurs, il présente des douleurs persistantes ainsi que d'importantes craintes de déclenchement de nouvelles douleurs.

**9. L'activité exercée au moment de l'accident (chauffeur professionnel) est-elle encore exigible ? Si oui, à quel pourcentage en temps et en rendement? Sinon, pourquoi?**

REPONSE : Non. Outre la limitation sur le plan somatique, Monsieur S. \_\_\_\_\_ est limité également par le ralentissement psychomoteur, la fatigabilité, des difficultés de concentration, ainsi que la crainte de déclenchement de nouvelles douleurs.

**10. Une autre activité professionnelle non qualifiée est-elle médicalement exigible du recourant et si oui, estimer :**

- le genre d'activité,
- le pourcentage en temps et en rendement,
- les difficultés qu'éprouverait Monsieur S. \_\_\_\_\_ dans cette activité.

REPONSE : Non, sur le plan psychiatrique. Les limitations fonctionnelles que présente Monsieur S. \_\_\_\_\_ ne permettent pas d'envisager dans la situation actuelle une activité professionnelle sur le marché du travail. Une activité occupationnelle dans des ateliers protégés pourrait être éventuellement envisagée à temps partiel.

(...)

**15. Dans l'hypothèse où l'expertisé ne peut plus exercer de manière suffisamment rentable son ancienne profession de chauffeur professionnel ni une activité manuelle de substitution, un recyclage et éventuellement une nouvelle formation sont-ils médicalement exigibles ? Peut-on en escompter des chances de succès?**

REPONSE : Sur le plan psychiatrique, dans la situation actuelle, une activité occupationnelle, à temps partiel, nous paraît un objectif plus adéquat à atteindre qu'une réorientation professionnelle, même manuelle qui nous paraît à haut risque d'échec au vu des limitations fonctionnelles psychiatriques. »

**C.** Par arrêt rendu le 29 septembre 2014 (cause AA 140/09 - 97/2014), la Cour de céans a admis le recours de l'assuré, annulant la décision sur opposition litigieuse du 9 novembre 2009 et renvoyant la

cause à l'intimée pour le calcul des prestations dues au sens des considérants. En substance, se fondant sur le caractère probant de l'expertise judiciaire qu'elle avait mise en œuvre, la Cour a considéré que l'assuré avait droit aux indemnités journalières ainsi qu'à la prise en charge des frais de traitement jusqu'au 3 septembre 2009, date à partir de laquelle les traitements n'étaient plus susceptibles de faire évoluer sensiblement l'état de santé de celui-ci sur les plans somatique et psychique. En outre, elle a retenu que les troubles anxieux et dépressifs mixtes entraînaient à eux seuls une incapacité totale de travail et se trouvaient en lien de causalité adéquate avec l'accident concerné. Elle a renvoyé la cause à la CNA pour que celle-ci fixe en conséquence le montant de la rente d'invalidité et procède à une nouvelle estimation du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, en incluant l'affection psychique.

Sur recours formé par la CNA, le Tribunal fédéral a annulé le jugement cantonal précité par arrêt rendu le 16 novembre 2015 (portant n° 8C\_804/2014), renvoyant la cause à la Cour de céans pour nouvelle décision au sens des considérants. En substance, la Haute Cour a considéré, au regard des critères de sa jurisprudence, que l'accident du 7 septembre 2006 ne pouvait être tenu pour la cause adéquate des troubles psychiques de l'intimé. Constatant que la juridiction cantonale n'avait pas examiné la question de l'incapacité de travail de l'assuré due aux atteintes somatiques, ni celle du taux de l'atteinte à l'intégrité pour ces seules atteintes, le Tribunal fédéral lui a renvoyé la cause en vue de l'examen de ces éléments.

**D.** Dans l'intervalle, l'assuré a, par lettre du 10 octobre 2011, fait parvenir à l'OAI les expertises susmentionnées et a indiqué que son courrier constituait formellement une demande de réouverture du dossier et d'octroi d'une rente.

Par lettre du 14 octobre 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'il considérait sa démarche comme une nouvelle demande et qu'il lui appartenait de rendre plausible que son invalidité s'était modifiée de

manière à influencer ses droits, un délai de trente jours lui étant imparti pour ce faire.

Par avis médical du 18 octobre 2011, le Dr H.\_\_\_\_\_ a considéré, en se référant au rapport du Dr R.\_\_\_\_\_ du 10 février 2009, à l'examen de la Dresse B.\_\_\_\_\_ du 13 mars 2009, à l'expertise judiciaire du Dr L.\_\_\_\_\_ du 4 avril 2011 et à l'expertise judiciaire du Dr E.\_\_\_\_\_ du 15 septembre 2011, que si l'on s'en tenait à une interprétation stricte de la loi, on pouvait dire qu'il n'y avait pas d'évidence d'une péjoration de l'état de santé de l'assuré après la décision du 26 novembre 2008, et donc pas de raison d'entrer en matière.

Par courrier du 20 octobre 2011, l'assuré a relevé que la décision du 26 novembre 2008 avait été rendue non seulement en allemand mais qu'en plus elle n'indiquait pas les voies de droit. En outre, il n'avait pas compris qu'une décision finale était rendue raison pour laquelle il avait demandé le 23 janvier 2009 que sa situation soit réexaminée. L'assuré a ainsi allégué qu'aucune décision définitive relative à son incapacité de travail et à son invalidité n'avait été rendue et a demandé pour quelles raisons l'OAI ne prenait pas en considération les expertises médicales transmises le 10 octobre 2011.

Par projet de décision du 17 novembre 2011, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser toute prestation. Dans un courrier du même jour, l'OAI a rappelé notamment à l'assuré que son courrier du 23 septembre 2008 précisait expressément qu'une décision définitive allait être notifiée par la caisse AVS compétente et qu'il lui serait loisible de recourir à réception de ladite décision. En outre, dans son courrier du 29 janvier 2009, contre lequel il n'avait pas réagi, son attention avait été attirée sur le fait que la décision du 26 novembre 2008 était entrée en force. Dans le doute, il lui appartenait de se renseigner auprès de l'office ou de la caisse AVS compétente. Au surplus, l'OAI a précisé que les expertises médicales transmises le 10 octobre 2011 ne mettaient pas en évidence une péjoration de son état de santé après la décision du 26

novembre 2008, selon le SMR, et qu'il n'y avait dès lors pas lieu d'entrer en matière sur sa nouvelle demande.

Par courrier du 12 décembre 2011, l'assuré a réitéré sa position selon laquelle la décision du 26 novembre 2008 n'était pas entrée en force. Il a relevé que cette décision était la seule pièce de tout le dossier en allemand, langue qu'il ne maîtrisait pas, alors que le projet de décision l'ayant précédé était en français. Il a relevé que cette décision ne contenait aucune motivation (et qu'on n'en trouvait pas trace au dossier) ni n'indiquait les voies de droit. A cet égard, il a estimé que le délai de recours contre cette décision n'avait pas commencé à courir faute de décision valable et qu'en appliquant les critères habituels de la bonne foi dans les relations entre l'administration et l'administré, l'OAI ne devait pas se limiter à examiner sa situation après la décision du 26 novembre 2008 mais prendre en considération tous les éléments du dossier, antérieurs et postérieurs à cette date. Finalement, il a relevé que même le projet de décision du 17 novembre 2011 était vicié, faute de motivation et que l'avis du SMR du 18 octobre 2011 dont l'OAI se prévalait n'avait pas été annexé.

Par nouveau projet de décision du 21 février 2012, l'OAI a informé le conseil de l'assuré de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, ce dernier n'ayant pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision et qu'il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait. Par courrier du même jour, l'OAI a écrit par surcroît ce qui suit :

« Sur le plan formel, nous constatons l'existence de manquements dont nous vous prions de nous excuser. Nous vous remettons les annexes non jointes à notre envoi du 17 novembre 2011 ainsi qu'un nouveau projet de décision dont la présente fait partie intégrante.

Nous précisons par ailleurs que certaines caisses de compensation ne nous font pas parvenir toutes les annexes lorsqu'elles envoient les décisions en notre nom. Ceci explique que la partie « motivation » ne se retrouve pas à nouveau en annexe à la décision du 26 novembre 2008.

Nous déplorons par ailleurs que ladite décision ait été rendue en allemand alors même que le reste du dossier est en français.

Nous relevons cependant qu'en mai 2009 déjà nous vous avons transmis copie du dossier de votre client. Quant à la SUVA, elle vous avait notifié sa décision sur opposition du 9 novembre 2009, laquelle précise que l'AI avait reconnu un droit à la rente pour la période de septembre 2007 à fin avril 2008. Vous ne pouviez donc pas ignorer l'existence de notre décision du 26 novembre 2008.

Ce n'est qu'en date du 10 octobre 2011 que vous reprenez contact avec notre office, partant de l'idée que votre courrier constitue formellement une demande de réouverture du dossier et d'octroi de rente.

Au vu de ce qui précède, nous maintenons que la décision du 26 novembre 2008 est entrée en force. A cet égard, nous relevons qu'entre la réception de notre dossier en mai 2009 et votre courrier d'octobre 2011, plus de deux ans se sont écoulés durant lesquels vous auriez déjà pu réagir.

Nous avons par ailleurs soumis au Service médical régional AI les deux expertises judiciaires jointes à la nouvelle demande du 10 octobre 2011. Nous nous référons dès lors expressément à l'avis médical du 18 octobre 2011 ci-joint.

(...)

Quant au syndrome douloureux somatoforme persistant et aux troubles dépressifs mixtes, l'expertise psychiatrique estime qu'il n'y a plus d'évolution notable depuis 2008-2009, donc pas d'évidence de péjoration après la décision du 26 novembre 2008.

Il ressort par ailleurs de l'avis SMR que ces atteintes n'ont pas d'influence sur le droit aux prestations de sorte qu'on ne peut pas admettre que l'invalidité de l'assuré s'est « modifiée de manière à influencer ses droits » au sens de l'article 87, alinéa 3 RAI. »

Par décision du 5 avril 2012, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière.

Statuant le 2 juillet 2013 (cause AI 105/12 - 160/2013) sur le recours formé par l'assuré contre cette décision, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a considéré que la décision de l'OAI du 26 novembre 2008 octroyant une rente limitée dans le temps était entrée en force faute de recours interjeté en temps utile ; elle a toutefois admis le recours en renvoyant la cause à l'OAI afin qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré le 10 octobre 2011, une aggravation de l'état de santé ayant été rendue plausible sur la base de l'expertise confiée à l'Hôpital T. \_\_\_\_\_

dans le cadre de la procédure AA 140/09 telle que conduite par les Drs L.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_.

**E.** Reprenant l'instruction, l'OAI a fait procéder à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique dans le cadre du SMR. L'assuré a été examiné, le 7 juillet 2014, par le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, puis, le 12 août suivant, par le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 25 août 2014, ils ont certes admis une péjoration sur le plan ostéoarticulaire mais qui ne faisait toutefois pas obstacle à une capacité de travail entière depuis le 1<sup>er</sup> février 2008 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, tandis qu'ils ont exclu tout diagnostic psychiatrique incapacitant.

Le 17 février 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui nier le droit à des prestations de l'assurance-invalidité (rente et mesures professionnelles), au motif que, compte tenu d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé, il ne subissait pas de préjudice économique.

Par courrier du 20 février 2015, l'assuré a présenté des objections à ce projet de décision en faisant valoir que sa capacité de travail était nulle en toute activité, si bien qu'il estimait avoir droit à une rente entière d'invalidité.

Par décision du 24 mars 2015, l'OAI a entériné son refus d'octroyer toutes prestations à l'assuré, conformément à son projet de décision du 17 février précédent.

**F.** **a)** Par acte du 22 avril 2015, S.\_\_\_\_\_, représenté par Me Philippe Nordmann, avocat, a saisi la Cour de céans d'un recours contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une rente entière à compter d'une date fixée à dire de justice, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI afin qu'il complète l'instruction par la mise en œuvre d'une

expertise pluridisciplinaire ou, éventuellement, bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique). En substance, l'assuré a fait valoir que l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique réalisé au SMR ne constituait pas une expertise mais un simple examen. De ce fait, il n'avait pu se déterminer sur le choix de l'expert ni sur des questions spécifiques à lui soumettre, ce qui contrevenait à ses droits de participation à une expertise ainsi qu'à l'arrêt de renvoi du 2 juillet 2013. Un tel examen n'avait aucune valeur face à des expertises. En effet, l'essentiel du rapport était constitué par un rappel des pièces et l'exposition de l'anamnèse. Or l'expertise psychiatrique qui aurait dû constituer l'essentiel des investigations n'avait duré qu'une heure et demie, ce qui n'avait pas permis l'examen sérieux des séquelles neuropsychologiques. De plus, aucun examen de type professionnel n'avait été pratiqué alors que cela avait été envisagé et indiqué comme nécessaire.

**b)** Dans sa réponse du 16 juin 2015, l'OAI a souligné que l'arrêt de renvoi du 2 juillet 2013 n'était pas assorti de la mise en œuvre d'une expertise telle que requise par la partie recourante, si bien que le fait d'avoir porté son choix sur la réalisation d'un examen au SMR plutôt qu'une évaluation par des experts indépendants n'était pas susceptible de mettre en doute la pertinence de sa prise de position. Pour le reste, il considérait qu'il n'y avait aucun élément permettant de douter du bien-fondé des conclusions des Drs W.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, de sorte qu'il était légitimé à se baser sur ces dernières pour rendre la décision attaquée. Estimant dès lors que son comportement n'était pas sujet à caution, il a conclu au rejet du recours.

**c)** En réplique du 8 juillet 2015, l'assuré a relevé que, dans la mesure où l'expertise judiciaire avait été jugée probante par la Cour de céans dans ses arrêts des 2 juillet 2013 et 29 septembre 2014, un simple avis du SMR n'était pas de nature à infirmer les conclusions expertales. De plus, le Tribunal fédéral venait de modifier sa jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, ce qui était de nature à invalider l'appréciation du Dr N.\_\_\_\_\_. Enfin, l'assuré a souligné que l'arrêt du 2 juillet 2013 - rendu entre les mêmes parties et revêtu de l'autorité de la

chose jugée – allait dans le sens de la reconnaissance d'une incapacité totale de travail (même si des investigations médicales demeuraient réservées). L'OAI n'était dès lors pas libre, fût-ce par l'intermédiaire des médecins du SMR, de décider que l'état de santé de l'assuré non seulement ne s'était pas aggravé, mais qu'il s'était même en quelque sorte amélioré au point de lui permettre désormais de travailler à plein temps dans une profession adaptée avec un plein rendement. En conséquence, l'assuré a déclaré confirmer intégralement les conclusions de son recours.

**d)** Dupliquant en date du 27 août 2015, l'OAI a indiqué qu'en organisant un examen bidisciplinaire au sein du SMR, son comportement, déduit des instructions de l'arrêt de la Cour de céans, n'était pas critiquable. Au demeurant, les médecins examinateurs avaient expliqué les raisons pour lesquelles leur opinion divergeait de celle des Drs L.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_. Quant aux nouveaux indicateurs jurisprudentiels, le SMR estimait que le rapport d'examen clinique du 25 août 2014 demeurait exploitable et qu'il n'y avait pas lieu de procéder à un complément d'instruction (avis médical du 19 août 2015). L'OAI a derechef conclu au rejet du recours.

**e)** S'exprimant par pli du 15 septembre 2015, l'assuré a fait remarquer qu'en renonçant à tout complément d'instruction au motif que l'examen clinique bidisciplinaire contenait des informations utiles et exploitables, l'OAI s'était montré singulièrement léger dans son approche du dossier. De plus, même si l'OAI contestait l'expertise du Dr E.\_\_\_\_\_ en tant qu'elle s'appuyait sur des éléments neuropsychologiques qui en affaiblissaient la valeur probante, l'assuré était d'avis qu'il n'y avait aucune contradiction et qu'il suffisait de lire cette expertise dans son intégralité pour comprendre que ces affections neuropsychologiques s'inscrivaient dans le cadre d'une atteinte psychique grave. Il était donc vain de vouloir dissocier ces deux éléments dès lors que l'atteinte psychiatrique avait elle-même des effets neuropsychologiques.

**G.** Par ordonnance du 2 novembre 2016, le magistrat instructeur a constaté, par une appréciation anticipée des moyens de preuve, que le rapport médical du SMR du 25 août 2014 ne remplissait pas les réquisits pour se voir attribuer pleine valeur probante. Ne recouvrant pas la nature d'une expertise neutre au sens de l'art. 44 LPGA, notamment s'agissant du respect des droits de participation des parties à une expertise, ce rapport n'avait en outre pas été établi conformément aux nouveaux critères établis par le Tribunal fédéral en matière de troubles somatoformes douloureux. Ainsi, une expertise judiciaire a été à nouveau ordonnée et confiée aux mêmes Drs L.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ pour rapport complémentaire actualisé.

Dans son rapport du 12 avril 2017, le Dr L.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants :

- Syndrome douloureux chronique.
- Lombopyralgies chroniques dans un contexte de
  - o discopathie débutante L5-S1,
  - o dysbalances musculaires,
  - o déconditionnement physique et psychique.
- Epycondylalgies droites.
- Syndrome fémoropatellaire bilatéral.
- Status après accident de la voie publique du 7 septembre 2006 avec
  - o pneumothorax droit drainé,
  - o contusion pulmonaire minime,
  - o fracture de côte cervicale droite,
  - o fracture-arrachement de l'épine iliaque antéro-supérieure droite,
  - o plaie du conduit auditif externe droit,
  - o fracture de l'épicondyle latérale du coude droit (type 13-A1 selon AO9)
    - status après révision avec extraction de corps étrangers au coude droit (2009).

Si la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, elle était de 50 % dans une activité adaptée afin de tenir compte de la lenteur et de la faiblesse générale. L'expert s'est exprimé en ces termes sous l'intitulé « Discussion globale et appréciation » :

« Ce patient présente des douleurs chroniques suite à un accident de la circulation survenu le 6 [recte : 7] septembre 2006. Actuellement M. S.\_\_\_\_\_ se plaint de douleurs au niveau de son membre supérieur droit, tant au niveau du coude qu'au niveau du poignet droit. Il déclare aussi des cervicalgies chroniques ainsi que des douleurs au niveau de la hanche droite, se traduisant par des

douleurs et une importante boiterie. Pour terminer des gonalgies bilatérales sont présentes.

L'expertise faite le 1<sup>er</sup> avril, complétée par un examen des capacités fonctionnelle partielles, a été demandée afin d'évaluer la situation actuelle de ce syndrome douloureux dans le cadre des séquelles de l'accident avec ses répercussions fonctionnelles.

Concernant la concordance entre l'anamnèse fournie par Monsieur S. \_\_\_\_\_ et ce qui est noté dans le dossier, elle est parfaite. Les plaintes sont restées concordantes au cours de son histoire, hormis l'apparition dans un deuxième temps en 2011 de douleurs du poignet et du genou de même que des lombalgies non mentionnées en 2009 ni en 2011. Il se peut que ces douleurs soient liées à un syndrome de déconditionnement global, équivalent à ce que nous avons constaté au niveau du genou avec le survenu d'un syndrome fémoropatellaire.

En regardant la description du déroulement de sa journée avec les rares activités sociales présentes actuellement depuis 2 ans dans le cadre de sa nouvelle liaison sentimentale stable, nous constatons que le patient semble bien limité dans ce qu'il parvient à faire traduisant l'importance des conséquences fonctionnelles de l'état douloureux.

Concernant l'examen clinique, nous sommes toujours confrontés à un patient qui se limite, par de l'appréhension, comme relevé lors de l'ECF cité ci-dessus par exemple. Nous sommes frappés par une importante boiterie, se traduisant par l'utilisation d'une canne et une grande difficulté à effectuer les tests fonctionnels en déplacement. Ceci contraste d'un côté avec un examen radioclinique très pauvre et de l'autre sur le plan clinique d'une absence d'amyotrophie qu'on serait en droit d'attendre, après une si longue période de non-utilisation des amplitudes articulaires normales, non limitées, et un bilan radiologique de 2011 qui était rassurant au niveau de la musculature fessière. Cette appréhension est ce que nous appelons en langage médical une kinésiophobie (peur du mouvement, voire peur de ce que le mouvement pourrait occasionner comme douleur). Ceci a été évalué par 2 auto-questionnaires « le Tampa kinesiophobia questionnaire » (TKP) et le questionnaire d'appréhension et d'évitement de Waddel « Fear avoidance questionnaire » fortement pathologiques les deux.

Vu ces circonstances il est ici extrêmement important d'avoir une évaluation psychiatrique, faite en parallèle par le Dr E. \_\_\_\_\_.

Sur le plan somatique, nous avons non seulement fait une évaluation somatique étendue, mais en plus nous avons pratiqué une évaluation des capacités fonctionnelles afin d'évaluer plus objectivement l'aptitude de la personne à répondre à différentes contraintes physiques, ainsi que d'évaluer les limitations fonctionnelles actuelles. Il existe plusieurs programmes d'évaluation fonctionnelle et nous avons utilisé un système kinésiophysique, tendant à mesurer l'effort maximal, indépendamment de la douleur annoncée, mais sans danger pour le sujet. Il est à noter que les efforts effectués fournissent une image instantanée de ce que le patient peut effectuer. Les performances sont évaluées à un moment précis, sans que nous puissions l'extrapoler dans le temps. Ceci dépend bien sûr aussi beaucoup de la participation du patient, de ce

qu'il veut nous montrer: à savoir sa participation et l'essai de faire un effort maximal. Ainsi l'ECF nous permet de quantifier l'effort qu'il veut accomplir. Dans le cas présent les limitations importantes lors des déplacements démontrés par le patient rendent cette évaluation plutôt incomplète. En ce qui concerne les membres supérieurs, nous sommes confrontés à des forces de préhensions au niveau des mains très faibles avec des maxima à 9 ou 10 kg (ou 90 à 130 N) à droite, contre 13 à 18 kg (norme : pour la population des salariés et, entre parenthèses, leurs écarts-type, sont pour les hommes de 515 (91) N pour la main dominante et de 477 (83) N pour la main non dominante). De plus nous sommes frappés, comme noté dans les conclusions, par le fait que le patient ne va pas au bout de ses capacités physiques probablement par peur d'avoir mal.

La mesure de l'intensité de la douleur s'appuie ici d'un côté sur l'échelle EVA et d'autre part sur les aspects cognitifs associés au sentiment de détresse, ainsi que les stratégies que le patient aurait pu développer pour éviter la situation douloureuse. Comme nous le constatons, ces échelles montrent de fortes limitations dans la fonction. Néanmoins, il reste difficile de standardiser la quantification et la description de la douleur chronique sur le questionnaire PACT auquel nous avons soumis le patient. Il obtient un score de 47 sur 200, qui montre une forte incapacité fonctionnelle (en péjoration par rapport au 2011, où ce même score était de 53). Il s'agit d'un questionnaire d'évaluation de l'handicap fonctionnel perçu dans les activités professionnelles et quotidiennes.

Dans cette situation et dans une activité adaptée, en position assise, avec l'utilisation des membres supérieurs, il pourrait avoir une capacité de travail de 50 % sur le plan somatique se basant sur les limitations fournies dans l'ECF. Cette capacité de 50 % découle de l'importante diminution du rendement dans l'exécution des gestes. (voir évaluation gestes répétitifs dans le Perdue p.ex.) ou lors des déplacements.

Ainsi, nous arrivons à la conclusion d'un important déconditionnement tant musculaire que psychique, avec d'importantes appréhensions ancrées dans cette situation fortement chronique, où aucune décision finale sur le plan assécurologique n'a jamais été prise... »

Le Dr L.\_\_\_\_\_ a conclu son rapport en répondant aux questions de chacune des parties.

Dans son rapport du 13 novembre 2017, le Dr E.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics – avec effet sur la capacité de travail – de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). Compte tenu des aspects somatique et psychiatrique, il a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle. En revanche, dans une activité adaptée, elle était de 50 % en relation avec l'état de santé somatique. Toutefois, en tenant

compte des facteurs limitatifs sur le plan psychique, la capacité résiduelle globale dans toute activité impliquant une exigence de rendement n'excédait pas 20 %. Il a relevé ce qui suit sous l'intitulé « Discussion » :

« Nous revoyons Monsieur S. \_\_\_\_\_ six ans après une première évaluation expertale bidisciplinaire demandée par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud. La première procédure faisait suite à un recours du conseil de Monsieur S. \_\_\_\_\_ contre une décision de la SUVA, celle-ci dans le cadre d'une opposition à une décision de l'OAI.

Du point de vue psychiatrique, nous relevons que Monsieur S. \_\_\_\_\_ présente actuellement toujours d'une part une symptomatologie douloureuse multiple et d'autre part une symptomatologie anxieuse et dépressive chronique et fluctuante. Les diagnostics retenus en 2011, et au demeurant non contestés par l'AI lors de son évaluation par le SMR en juillet 2014, restent valides à l'heure actuelle et nous reconduisons donc celui de syndrome douloureux somatoforme persistant et celui de trouble anxieux et dépressif mixte.

Rappelons que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant est retenu lorsque la survenue de douleurs ne peut être expliquée par une pathologie organique objectivable seule et qu'il existe des facteurs d'origine psychique susceptibles d'être impliqués dans leur expression. Pour ce qui concerne Monsieur S. \_\_\_\_\_, on note que sur le plan psychique, une composante traumatique était relevée dès 2007, sans toutefois que celle-ci ne remplisse formellement les critères pour retenir un diagnostic d'état de stress post traumatique au sens de la CIM-10. L'accident de Monsieur S. \_\_\_\_\_ est survenu à un moment où, peut-être pour la première fois de sa vie, il avait le sentiment d'avoir pu prendre sa vie et son destin en main. Suite à son mariage, sa situation en Suisse était régularisée, il avait trouvé deux emplois qui allaient lui permettre d'une part de rembourser les dettes contractées jusque-là et d'autre part d'envisager pouvoir déménager dans un appartement plus grand et fonder une famille. Il avait ainsi l'espoir d'une réussite sociale en Europe, lui qui s'était toujours trouvé en difficulté sur le plan identitaire, pris dans un conflit entre ses origines arabes et européennes. Les démarches qu'il effectue actuellement en vue de modifier son patronyme attestent de la persistance de cette problématique. Nous évoquons cette fragilité psychique antérieure à l'accident et ayant été révélée par celui-ci dans notre rapport de 2011 (page 10). L'ensemble de ces éléments nous paraît ainsi justifier le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant.

Nous ne relevons par ailleurs pas d'apparition de nouvelles pathologies psychiatriques dans l'intervalle.

Dans le complément à notre rapport d'expertise daté du 29 décembre 2011, nous répondions comme suit à la question « *Estimez-vous que Monsieur S. \_\_\_\_\_ est à même de poursuivre un effort de volonté pour surmonter le syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) diagnostiqué dans votre expertise ?*

» : « Pour répondre à la question, il paraît nécessaire d'indiquer d'abord qu'une telle formulation implique à nos yeux davantage une appréciation juridique que médicale.

En effet d'un point de vue médical, nous pouvons distinguer le regard subjectif de Monsieur S. \_\_\_\_\_ sur ses troubles et l'appréciation objective que l'on peut en faire sur le plan de l'art. Comme nous l'avons indiqué, nous retenons chez Monsieur S. \_\_\_\_\_ les diagnostics de troubles anxieux et dépressifs mixtes et de syndrome douloureux somatoforme persistant, diagnostics retenus en référence à la classification internationale des maladies (CIM-10). Nous signalons que ces troubles se sont développés dans les suites de l'accident qu'il a subi le 7 septembre 2006 et qu'il ne souffrait pas de pathologie psychiatrique avérée antérieurement. On pouvait toutefois relever un mode de fonctionnement psychologique peu adaptatif et des difficultés identitaires, dont l'équilibre paraît avoir été durablement perturbé par l'accident.

Ainsi, si l'on retient aujourd'hui des déterminants psychiques à l'oeuvre dans le développement et le maintien des symptômes invalidants que présente Monsieur S. \_\_\_\_\_, lui-même porte un regard différent sur sa situation.

Pour Monsieur S. \_\_\_\_\_, l'expérience quotidienne depuis l'accident est celle de douleurs persistantes auxquelles s'associent des craintes et des symptômes du registre dépressif. Pour lui, il ne fait pas de doute que seul l'accident est en cause et qu'il continue d'en subir les séquelles symptomatiques.

Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant n'a pas grand sens ni grande portée dans la représentation qu'il peut se faire de sa situation. Il a déjà le sentiment de faire de nombreux efforts pour surmonter ce vécu douloureux.

Il est habituel dans ce type de situation, et pourrait-on dire quasi consubstantiel au syndrome douloureux somatoforme persistant, que les déterminants psychiques à l'oeuvre soient déniés ou ignorés par les personnes qui en souffrent. Le vécu exprimé est ainsi habituellement celui d'un sentiment d'effort permanent pour faire face aux douleurs.

Il arrive que, au travers d'une prise en charge psychiatrique et psychothérapique, l'on puisse dégager quelques espaces de mobilité dans le quotidien par rapport au vécu des douleurs et ainsi améliorer la qualité de vie et la symptomatologie anxieuse et dépressive le cas échéant.

Certains aspects de rigidité du fonctionnement psychologique de Monsieur S. \_\_\_\_\_ nous conduisent cependant à une certaine réserve quant au pronostic de ce point de vue-là (...) ».

Dans les conclusions de leur examen clinique SMR du 7 juillet 2014, les Docteurs N. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ indiquent : « Notre constat clinique s'avère donc être identique à celui du Docteur E. \_\_\_\_\_ mais, même si nous nous montrons comme lui pessimistes quant au pronostic, les critères de sévérité appliqués au syndrome douloureux

*présenté par l'assuré ne permettent pas de retenir un caractère invalidant à celui-ci ».*

De fait, au fil des ans qui passent, se pose de manière constante la question de la nature des empêchements pour Monsieur S. \_\_\_\_\_ à reprendre une activité professionnelle. Les éléments de nature ostéo-articulaire trouvent leur réponse dans l'évaluation rhumatologique effectuée par le Docteur L. \_\_\_\_\_ à laquelle nous vous référons.

L'évaluation des douleurs et de leur impact fonctionnel est complexe et repose, comme le montre le Docteur L. \_\_\_\_\_, sur différents éléments.

Du point de vue psychique, la composante kinésiophobique démontrée dans cette évaluation nous paraît importante à prendre en compte et cela, pour deux raisons. D'une part, parce qu'elle implique, en elle-même, une limitation durable des possibilités d'évolution favorable. En effet, la crainte de la survenue de la douleur devient souvent dans ces situations autant voire davantage que la douleur elle-même le facteur qui conduit à des comportements d'évitement, notamment à une restriction des mouvements et ainsi à une cristallisation de la situation. D'autre part, elle est souvent une des formes d'expression de la dimension du traumatisme psychique vécu par la personne. Une caractéristique consécutive du traumatisme psychique est que l'événement en cause ne parvient pas à être métabolisé au fil du temps qui passe. Il s'impose à la personne avec une actualité que le cours des ans ne parvient pas à effacer. Cette dimension, quand bien même elle n'atteint pas le seuil diagnostique pour retenir un état de stress post traumatique au sens de la CIM-10, n'en est pas moins présente chez Monsieur S. \_\_\_\_\_ et représente selon nous un facteur qui permet de rendre compte de la cristallisation importante et de la chronification de sa situation sur le plan psychique. Les perspectives de modification de ce type de mécanismes sur le plan thérapeutique sont très faibles, voire inexistantes, après quelques années d'évolution, que ce soit par des moyens pharmacologiques ou par des moyens psychothérapeutiques.

Ainsi, nous ne pouvons que confirmer ce qui nous apparaissait déjà comme pertinent en 2011, à savoir que du point de vue pronostique, les perspectives ne sont pas favorables.

En résumé, l'évolution actuelle de Monsieur S. \_\_\_\_\_ sur le plan psychique ne montre pas d'aggravation symptomatique manifeste mais une poursuite des mécanismes inadaptatifs et rigides s'exprimant au travers des douleurs et des symptômes anxio-dépressifs. Cette évolution, plus de dix ans après l'accident, nous paraît peu susceptible de modifications dans un sens favorable. »

Le Dr E. \_\_\_\_\_ a terminé son rapport en répondant aux questions posées par chacune des parties.

Dans ses déterminations du 9 janvier 2018, l'assuré a indiqué que l'expertise du Dr E. \_\_\_\_\_ était de bonne facture et qu'elle répondait clairement à toutes les questions posées, si bien qu'elle pouvait être suivie.

A son courrier du 1<sup>er</sup> février 2018, l'OAI a joint un avis établi le 25 janvier 2018 par le SMR ; après avoir émis diverses critiques à l'endroit de chacune des expertises, il concluait que si l'assuré présentait certes une atteinte à la santé à l'origine d'une incapacité de travail dans son activité habituelle, les conclusions expertales ne pouvaient toutefois pas être suivies en ce qui concernait la capacité de travail dans une activité adaptée. De son côté, l'OAI relevait que la problématique d'autolimitation évoquée par le Dr E. \_\_\_\_\_ n'avait pas fait l'objet d'une véritable discussion entre chacun des experts. Aussi ne pouvait-il s'appuyer sur leurs conclusions pour évaluer la capacité de travail et s'écarter des résultats de l'instruction conduite par ses soins. Partant, il a réitéré ses conclusions tendant au rejet du recours.

Compte tenu des instructions données par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 5 décembre 2017 à la Cour de céans (cf. considérant H ci-après), l'assuré a sollicité la suspension de la présente cause jusqu'à droit connu sur l'issue du litige en matière d'assurance-accidents (courrier du 26 avril 2018).

Le 25 juin 2018, le magistrat instructeur a avisé les parties de la suspension de la présente procédure jusqu'à droit connu sur la cause AA 162/17.

**H.** Par arrêt du 1<sup>er</sup> février 2017 (cause AA 115/15 ap. TF - 10/2017), la Cour de céans a admis le recours, annulé la décision sur opposition du 9 novembre 2009 et renvoyé la cause à la CNA pour nouvelle décision au sens des considérants. Elle a statué que l'assuré avait droit aux indemnités journalières ainsi qu'à la prise en charge des frais de traitement jusqu'au 3 septembre 2009. En outre, elle a retenu que les troubles somatiques entraînaient une incapacité de travail de 50 % et a

renvoyé la cause à la CNA pour que celle-ci fixe le montant de la rente d'invalidité à laquelle avait droit l'assuré et procède à une nouvelle estimation du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Par arrêt du 5 décembre 2017 (cause 8C\_197/2017), le Tribunal fédéral a admis le recours formé par la CNA, annulé l'arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 1<sup>er</sup> février 2017 dans la mesure où il retenait un taux d'incapacité de travail de 50 % et renvoyé la cause à la Cour de céans pour qu'elle rende un nouveau jugement après complément d'instruction sous la forme d'une demande d'éclaircissements adressée à l'expert L.\_\_\_\_\_ ou, au besoin, en mettant en œuvre une nouvelle expertise.

Reprenant l'instruction de la cause, la Cour de céans a invité, le 12 juillet 2018, le Dr L.\_\_\_\_\_ à se déterminer sur la base de questionnaires produits par les parties ; il a rendu son rapport le 25 septembre 2018.

Par arrêt du 30 décembre 2019 (cause AA 162/17 ap. TF - 169/2019), la Cour de céans a rejeté le recours formé par l'assuré contre la décision sur opposition rendue par la CNA le 9 novembre 2009. En bref, elle a considéré que l'analyse strictement médico-théorique du cas par l'expert L.\_\_\_\_\_ échappait à la critique, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise sur le plan orthopédique. Elle n'a toutefois pas suivi les conclusions de l'expert L.\_\_\_\_\_ quant à une diminution de rendement tenant aux seules atteintes physiques, ceci au regard des seules limitations fonctionnelles très claires afférentes à ce seul registre, seules déterminantes. Elle a ainsi retenu que, sur le plan médico-théorique, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Statuant sur le recours déposé par l'assuré, le Tribunal fédéral, par arrêt du 4 décembre 2020 (cause 8C\_87/2020), l'a partiellement admis. Dans son arrêt du 30 décembre 2019, la Cour de céans avait exposé que le litige était circonscrit au point de savoir si, sur le plan

somatique, la capacité de travail résiduelle de l'assuré se trouvait entravée par une diminution de rendement propre à ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-accidents. Il apparaissait ainsi qu'à partir du recours de la CNA contre l'arrêt du Tribunal cantonal du 1<sup>er</sup> février 2017, la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne faisait plus partie de l'objet du litige, de sorte que la Cour de céans ne pouvait plus l'examiner de son propre chef. Le Tribunal fédéral a ainsi annulé l'arrêt du 30 décembre 2019, en tant qu'il confirmait (dans son dispositif) l'indemnité pour atteinte à l'intégrité basée sur un taux de 7,5 % allouée dans la décision sur opposition du 9 novembre 2009.

I. La présente cause ayant été reprise (avis du magistrat instructeur du 5 octobre 2021), les parties ont été interpellées quant à la suite qu'elles entendaient donner à la procédure.

Le 20 octobre 2021, l'assuré a transmis un rapport complémentaire établi le 24 août 2021 par le Dr L. \_\_\_\_\_ dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-accidents et dont il a convenu qu'il ne permettait pas de résoudre la question ici litigieuse de la capacité de travail dans une activité adaptée et, partant, la capacité de gain. Dans la mesure où le présent litige portait sur la capacité de gain globale, sans prise en considération de la cause de ces atteintes, une expertise globale lui paraissait s'imposer. Elle devait comporter un volet psychiatrique puisqu'à la suite de toutes ses douleurs et limitations, il avait développé un probable état anxio-dépressif voire, vu la gravité de l'accident, un probable stress post-traumatique.

A son pli du 15 novembre 2021, l'OAI a joint la prise de position du SMR du 14 novembre 2021, selon laquelle il n'y avait pas d'éléments médicaux nouveaux susceptibles de modifier ses conclusions. Renvoyant pour le surplus à son écriture du 1<sup>er</sup> février 2018, l'OAI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours.

Le 2 décembre 2021, l'assuré a indiqué que la CNA poursuivait ses propres investigations quant au taux de la rente d'invalidité et de celui de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Par courrier du 24 février 2022, l'assuré a transmis divers documents établis dans le cadre de la procédure l'opposant à la CNA, dont la décision rendue le 6 décembre 2021 par cette dernière, fixant définitivement le degré d'atteinte à l'intégrité à 7,5 % pour les séquelles au niveau de l'épine iliaque droite et du coude droit. Pour le reste, il estimait que la présente cause était en état d'être jugée sous réserve de renseignements complémentaires émanant de la CNA qu'il s'engageait à produire d'ici la fin du mois d'avril 2022.

L'assuré n'a pas procédé plus avant.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** Le litige a pour objet l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité dans le cadre d'une nouvelle demande déposée le 10 octobre

2011, singulièrement l'appréciation des atteintes à la santé et de la capacité de travail résiduelle de l'assuré.

**b)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 24 mars 2015 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si,

au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**c)** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

**4. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les

documents à disposition, quelle que soit leur 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par 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 soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

**5.** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215

; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

**6. a) aa)** Dans le cadre du litige opposant le recourant à la CNA (cause AA 140/09 - 97/2014), le magistrat instructeur a mis en œuvre une première expertise judiciaire qu'il a confiée aux Drs L.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_, lesquels ont déposé leurs rapports, respectivement les 4 avril et 15 septembre 2011. Si l'expert psychiatre a considéré que la capacité de travail résiduelle du recourant était nulle en toute activité, tel n'était pas le cas du point de vue somatique ; en effet, si l'activité habituelle de chauffeur n'était plus exigible, le Dr L.\_\_\_\_\_ a estimé que le recourant disposait d'une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité essentiellement assise, sans déplacements et évitant les ports de charges.

**bb)** Parallèlement à la procédure en cours devant la CNA, l'assuré avait recouru contre la décision de l'OAI du 5 avril 2012, aux termes de laquelle cet office avait refusé d'entrer en matière sur la demande de réexamen formulée par le recourant le 10 octobre 2011 au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable une péjoration de son état de santé. A la suite du recours interjeté par l'assuré contre cette décision, la Cour de céans (CASSO AI 105/12 - 160/2013 du 2 juillet 2013) a enjoint à l'OAI de procéder à un complément d'instruction, ce qu'il a fait en organisant un examen clinique bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique au SMR. Dans leur rapport du 25 août 2014, les Drs W.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ ont certes confirmé l'inexigibilité de l'activité habituelle mais ont estimé que la capacité de travail dans une activité adaptée était entière depuis le 1<sup>er</sup> février 2008. Sur cette base, l'OAI a rendu, le 24 mars 2015, une décision de refus de prestations contre laquelle l'assuré a recouru (cause AI 98/15). Considérant que le rapport du 25 août 2014 ne remplissait pas les réquisits jurisprudentiels pour se voir

conférer pleine valeur probante, le magistrat instructeur a diligenté une nouvelle expertise judiciaire qu'il a derechef confiée aux Drs L. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_ afin qu'ils fassent « le point sur l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant, ce que lesdits experts paraissent les mieux à même d'effectuer, ceci dans le prolongement des examens cliniques qu'ils ont déjà effectués » (ordonnance du 2 novembre 2016).

**b)** Les Drs L. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_ ont déposé leurs rapports respectifs en date des 12 avril et 13 novembre 2017.

**aa)** Sous l'angle somatique, le Dr L. \_\_\_\_\_ a relevé que le recourant présentait des douleurs chroniques à la suite d'un accident de la circulation survenu le 7 septembre 2006. Il se plaignait de douleurs au niveau de son membre supérieur droit, tant au niveau du coude qu'au niveau du poignet droit. Il faisait aussi état de cervicalgies chroniques ainsi que de douleurs au niveau de la hanche droite, se traduisant par une importante boiterie. Des gonalgies bilatérales étaient également présentes. Concernant l'examen clinique, l'expert s'est trouvé confronté à un patient qui se limitait par de l'appréhension. En langage médical, celle-ci était désignée par le terme « kinésiophobie », ce qui signifiait une peur du mouvement, voire une peur de ce que le mouvement pourrait occasionner comme douleur. Cette crainte a fait l'objet d'une évaluation au moyen de deux auto-questionnaires (le « Tampa kinesiphobia questionnaire » (TKP) et le questionnaire d'appréhension et d'évitement de Waddell « Fear avoidance questionnaire »), lesquels se sont tous deux révélés « fortement pathologiques ». De même, l'expert s'est dit frappé par une importante boiterie se traduisant par l'utilisation d'une canne et une grande difficulté à effectuer les tests fonctionnels en déplacement. A cet égard, les limitations importantes lors des déplacements démontrées par le recourant avaient rendu plutôt incomplète l'évaluation des capacités fonctionnelles. En ce qui concernait les membres supérieurs, les forces de préhension au niveau des mains s'étaient avérées très faibles. De plus, il apparaissait que l'intéressé n'allait pas au bout de ses capacités physiques par peur de la douleur. En l'occurrence, la mesure de l'intensité de la douleur s'appuyait sur l'échelle EVA (échelle visuelle analogique) et

sur les aspects cognitifs associés au sentiment de détresse ainsi que les stratégies que l'assuré aurait pu développer pour éviter la situation douloureuse. Ces échelles montraient de fortes limitations. Quant au questionnaire PACT, il s'agissait d'un questionnaire d'évaluation du handicap fonctionnel perçu dans les activités professionnelles et quotidiennes, lequel avait mis en évidence une forte incapacité fonctionnelle. L'expert inférait de l'examen clinique et des tests effectués une extension des plaintes avec des limitations fonctionnelles plus importantes qu'en 2011. Il a ainsi retenu une péjoration de la situation en 2017 par rapport à celle prévalant en 2011 marquée par un important déconditionnement tant musculaire que psychique, avec d'importantes appréhensions ancrées dans une situation présentant une forte chronicité. Selon lui, il n'existait pas de sanction chirurgicale susceptible de l'améliorer dans la mesure où le caractère chronique de la situation médicale du recourant avait entraîné un épuisement de ses ressources spontanées. En présence d'un syndrome douloureux chronique, la seule approche envisageable serait un séjour au sein d'un centre spécialisé dans ce type de pathologies. En ce qui concernait la médication antalgique, le Targin n'était pris que de manière irrégulière en raison de la fatigue et des troubles de la concentration qu'il pouvait occasionner. Même si le Sirdalud était susceptible de produire les mêmes effets, l'assuré en prenait régulièrement afin de se soulager. Au vu de l'ensemble de ces éléments, l'expert L.\_\_\_\_\_ estimait que, dans une activité en position assise, le recourant disposait d'une capacité de travail de 50 %. Ce taux devait tenir compte de l'importante diminution de rendement due à la lenteur dans les déplacements et à la faiblesse globale dans l'exécution des gestes.

**bb) aaa)** Sous l'angle psychique, le Dr E.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics - affectant la capacité de travail - de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). Au jour de l'expertise, il a indiqué que l'assuré présentait toujours, d'une part, une symptomatologie douloureuse multiple et, d'autre part, une symptomatologie anxieuse et dépressive chronique et fluctuante. Les diagnostics retenus en 2011 demeuraient valides à l'heure actuelle. S'agissant du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant,

l'expert a noté qu'une composante traumatique était relevée dès 2007, sans toutefois que celle-ci ne remplisse formellement les critères pour retenir un diagnostic d'état de stress post-traumatique au sens de la CIM-10. L'accident de septembre 2006 était survenu à un moment où, peut-être pour la première fois de sa vie, l'assuré avait le sentiment d'avoir pu prendre sa vie et son destin en mains. A la suite de son mariage, sa situation en Suisse s'était régularisée, il avait trouvé deux emplois qui lui permettraient de rembourser les dettes contractées tout en envisageant de déménager dans un appartement plus grand pour fonder un foyer. Les démarches qu'il effectuait actuellement en vue de modifier son patronyme attestaient de la persistance de cette problématique. Dans son rapport de 2011, l'expert avait déjà évoqué cette fragilité psychique antérieure à l'accident mais révélée par ce dernier. L'ensemble de ces éléments le conduisait à retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant sans toutefois qu'il n'ait relevé l'apparition de nouvelles pathologies psychiatriques dans l'intervalle.

**bbb)** Lors de son examen clinique, l'expert a constaté que l'assuré était orienté, ne présentait pas de troubles de la vigilance et maintenait le focus d'attention dans le cadre de l'examen sans qu'il n'ait décelé de signes d'imprégnation à des substances psycho-actives. Le discours était informatif, clair et l'intéressé répondait sans détour, par moments de manière légèrement logorrhéique aux questions qui lui étaient posées. Il n'y avait pas de troubles du cours de la pensée ni d'altération du contenu du discours. Il n'y avait pas non plus d'idées délirantes ou d'autres signes du registre psychotique, notamment pas d'hallucinations ni de trouble du moi. Cela étant, l'assuré décrivait un quotidien rythmé par les besoins de sa fille (née en 2016), auxquels lui et sa compagne tentaient de faire face. Il décrivait un accroissement de la fatigue et des douleurs en lien avec les perturbations du sommeil consécutives au fait que sa fille ne faisait pas encore ses nuits. Il disait être limité au quotidien par les douleurs, peinant parfois à soulever sa fille pour la prendre dans ses bras en raison de ces dernières. L'expert n'a pas relevé de divergences entre les activités décrites dans le quotidien et les observations effectuées lors des entretiens. Il a certes noté une tendance

à la théâtralisation durant ces derniers, laquelle pouvait cependant être comprise comme la manière de l'assuré de faire comprendre à son interlocuteur l'intensité des douleurs ressenties et le vécu des limitations fonctionnelles. Pour autant, il ne s'agissait ni de simulation ni de majoration des symptômes. Les perspectives de mobilisation actuelle des ressources psychiques et physiques paraissaient très faibles au vu de la chronicisation de la situation. Si, en dépit de quelques aspects théâtralisés, l'assuré s'était montré coopératif au cours des thérapies suivies, il apparaissait que les tentatives de prise en charge antérieures avaient montré des résultats décevants, malgré des propositions adaptées. L'abord psychothérapeutique paraissait très limité compte tenu du fonctionnement psychique du patient, les traitements pharmacologiques n'ayant au demeurant pas conduit à une réduction sensible de la symptomatologie. De plus, la rigidification des mécanismes psychiques observée chez l'assuré limitait de manière significative ses aptitudes à suivre une psychothérapie. L'abandon de la prise en charge psychiatrique a ainsi été consécutif à l'absence de modification symptomatique. Fort de ces éléments, l'expert a jugé que les possibilités thérapeutiques paraissaient épuisées.

**ccc)** Le Dr E. \_\_\_\_\_ a relevé que, dans leur rapport du 25 août 2014, les Drs W. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ avaient indiqué ce qui suit : « Notre constat clinique s'avère donc identique à celui du Docteur E. \_\_\_\_\_ mais, même si nous nous montrons pessimistes quant au pronostic, les critères de sévérité appliqués au syndrome douloureux présenté par l'assuré ne permettent pas de retenir un caractère invalidant à celui-ci. » Au fil des années s'est posée - de manière constante - la question de la nature des empêchements rencontrés par l'assuré pour reprendre l'exercice d'une activité professionnelle. Si les facteurs de nature ostéo-articulaire jouaient un rôle, ainsi que le soulignait le Dr L. \_\_\_\_\_, l'évaluation des douleurs et de leur impact fonctionnel se révélait complexe et reposait, ainsi que le démontrait l'expert somaticien, sur différents éléments. Aussi, du point de vue strictement psychique, le Dr E. \_\_\_\_\_ était-il d'avis que la composante kinésiophobique, mise en évidence par le Dr L. \_\_\_\_\_, devait être prise en considération à un

double titre. D'une part, parce qu'elle impliquait, en elle-même, une limitation durable des possibilités d'évolution favorable ; en effet, la crainte de la survenue de la douleur devenait souvent dans ces situations autant voire davantage que la douleur elle-même le facteur qui conduisait à des comportements d'évitement, notamment à une restriction des mouvements et, par là-même, à une cristallisation de la situation. D'autre part, elle était souvent une des formes d'expression de la dimension du traumatisme psychique vécu par la personne. Une caractéristique consécutive du traumatisme psychique était que l'événement en cause ne parvenait pas à être métabolisé au fil du temps. Il s'imposait à la personne avec une actualité que le cours des ans ne parvenait pas à effacer. Cette dimension, quand bien même elle n'atteignait pas le seuil diagnostique pour retenir un état de stress post-traumatique au sens de la CIM-10, n'en était pas moins présente chez l'assuré et représentait, de l'avis de l'expert, un facteur permettant de rendre compte de la cristallisation importante et de la chronification de la situation sur le plan psychique. Les perspectives de modification de ce type de mécanismes sur le plan thérapeutique étaient très faibles, voire inexistantes, après quelques années d'évolution, que cela soit par des moyens pharmacologiques ou par des moyens psychothérapeutiques. Ainsi, le Dr E. \_\_\_\_\_ ne pouvait que confirmer ce qui lui apparaissait déjà comme pertinent en 2011, à savoir que du point de vue pronostique, les perspectives n'étaient pas favorables. En résumé, l'évolution actuelle de l'assuré sur le plan psychique ne montrait pas d'aggravation symptomatique manifeste mais une poursuite des mécanismes inadaptatifs et rigides s'exprimant au travers des douleurs et des symptômes anxio-dépressifs. Cette évolution, plus de dix ans après l'accident, paraissait aux yeux de l'expert, peu susceptible de modifications dans un sens favorable. En termes de capacité de travail, le Dr E. \_\_\_\_\_ s'est référé, s'agissant des aspects somatiques, à l'appréciation du Dr L. \_\_\_\_\_, lequel a estimé l'exigibilité à 50 %. Cela étant, en tenant compte des facteurs limitatifs sur le plan psychique, la capacité résiduelle globale dans toute activité impliquant une exigence de rendement n'excédait pas 20 % alors qu'elle était nulle dans la profession habituelle.

**cc)** Sur le plan formel, l'expertise des Drs L.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ satisfait aux réquisits auxquels la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Elle est en effet le fruit d'investigations complètes, dans les règles de l'art, par deux spécialistes, reconnus et qui ont eu à apprécier le cas de l'assuré sur une longue période et en connaissance de cause. Les examens cliniques sont complets, les diagnostics dûment étayés, et l'appréciation des atteintes et de la capacité de travail résiduelle clairement et dûment motivée. Leur appréciation du cas est nuancée, effectuée par spécialité et avec une approche globale en consilium.

**c)** L'intimé oppose à l'expertise des Drs L.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ l'avis établi par le SMR le 25 janvier 2018, étant précisé que l'avis du 14 novembre 2021 n'est d'aucun secours à l'intimé puisqu'il se rapporte aux pièces produites dans le cadre du litige opposant le recourant à la CNA.

**aa)** S'agissant de l'aspect somatique, le SMR regrette que les diagnostics n'aient pas été posés en référence à la CIM-10. A cet égard, on relèvera qu'il appartient aux médecins d'évaluer l'état de santé d'un assuré (c'est-à-dire, de procéder aux constatations nécessaires en effectuant des examens médicaux appropriés, de tenir compte des plaintes de l'intéressé et de poser les diagnostics). En particulier, poser un diagnostic relève de la tâche exclusive des médecins. Il leur appartient aussi de décrire l'incidence de ou des atteintes à la santé constatées sur la capacité de travail. Leur compétence ne va cependant pas jusqu'à trancher définitivement cette question mais consiste à motiver aussi substantiellement que possible leur point de vue, qui constitue un élément important de l'appréciation juridique visant à évaluer quels travaux sont encore exigibles de l'assuré. Dans la mesure où il revient en effet aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'intéressé (ATF 140 V 193 consid. 3.2), on ne voit pas en quoi la référence à une classification internationale revête une quelconque utilité pour apprécier le caractère invalidant - ou non - des diagnostics posés. Pour le reste, l'intimé ne peut rien tirer en sa faveur de

l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 5 décembre 2017 en la cause 8C\_197/2017 ayant opposé le recourant à la CNA dès lors que l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_ avait alors été jugée insuffisante pour des motifs relevant du droit de l'assurance-accidents, lesquels sont sans pertinence en matière d'assurance-invalidité.

**bb)** S'agissant de l'aspect psychique, le rapport d'expertise du 13 novembre 2017 du Dr E.\_\_\_\_\_ contient les éléments nécessaires à l'administration ou au juge au regard de la procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281. Ce médecin a tout d'abord fait état d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4 selon CIM-10), ainsi que d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2 selon CIM-10), en motivant ces diagnostics en fonction des éléments cliniques qu'il a mis en évidence. Pour apprécier le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique présentées par l'assuré, il a procédé à un examen global, en tenant compte des différents indicateurs, notamment des limitations fonctionnelles et des ressources de l'intéressé, de même que de la présence d'une kinésiophobie (il a notamment insisté sur la limitation durable des possibilités d'évolution qu'elle impliquait et sur le fait qu'elle représentait une des formes d'expression de la dimension du traumatisme psychique vécu par l'assuré). Au titre de la cohérence, il a mis en évidence l'absence de divergences entre les activités décrites dans le quotidien et ses constatations lors des entretiens, quand bien même il a relevé une tendance à la théâtralisation. Il a ajouté que les facteurs de précarité sociale ne jouaient pas un rôle déterminant dans la limitation de la capacité de travail, les ressources étant quoi qu'il en soit très faibles au vu de la chronicisation de la situation. Enfin, il convient de relever que le déroulement et l'issue d'un traitement médical sont en règle générale aussi d'importants indicateurs concernant le degré de gravité du trouble psychique évalué. Ainsi, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art est en principe considéré comme un indice sérieux d'une atteinte invalidante à la santé. A l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question. Le résultat de l'appréciation dépend toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce

(ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2 et les références). Dans son rapport du 13 novembre 2017, le Dr L.\_\_\_\_\_ mentionne certes divers éléments pouvant être interprétés comme un manque de collaboration de la part du recourant ou considérés comme autant d'indices atténuant le caractère de gravité des diagnostics retenus (abandon de la prise en charge psychiatrique, résultats décevants des thérapies entreprises). Cependant, il apparaît également à la lecture du rapport d'expertise que le fonctionnement psychique a joué un rôle non négligeable dans l'entrave du bon déroulement et du succès des traitements, influençant de manière significative la volonté de l'assuré. Au regard des mécanismes inadaptatifs et rigides de ce dernier, l'expert n'a certes pas retenu une aggravation de la situation mais s'est montré, pour le moins, peu optimiste quant à une évolution dans un sens favorable. Dans ces circonstances, le refus du recourant de se soumettre à des traitements appropriés ou l'échec des traitements entrepris ne sauraient être considérés comme un indice du peu de gravité du diagnostic retenu. Au contraire, les conclusions de l'expert à cet égard - qui montre la complexité d'une situation pour laquelle aucune évolution favorable n'est attendue - justifient de retenir des indicateurs en faveur du degré de gravité des atteintes psychiques.

**d)** Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir une incapacité de travail totale dans l'activité antérieure, ainsi qu'une capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, de 50 % sur le plan somatique, mais n'excédant pas 20 % sur le plan psychique, respectivement global. Le droit à une rente entière doit dès lors être reconnu.

**7.** S'agissant du début du droit à la rente d'invalidité (cf. art. 28 et 29 LAI et considérants 3b et 3c ci-dessus), il y a lieu d'observer que la nouvelle demande du 10 octobre 2011 est intervenue, en raison de la même problématique médicale, dans les trois ans suivant la dernière décision mettant fin à des prestations allouées pour une durée limitée dans le temps datée du 26 novembre 2008. L'on est ainsi dans le cas d'application de l'art. 29<sup>bis</sup> RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) traitant de la reprise de l'invalidité due

à une incapacité de travail de même origine. Il n'y a donc pas de délai d'attente d'une année, celui-ci étant déduit au regard de la première demande (du 8 août 2007). En revanche, le délai de carence de six mois de l'art. 29 al. 1 LAI reste applicable quant à la naissance du droit.

La rente entière est ainsi due à compter du sixième mois après le dépôt de la demande de prestations intervenu au 10 octobre 2011, soit dès le 10 avril 2012, reporté au 1<sup>er</sup> avril 2012 (art. 29 al. 3 LAI).

**8.** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens que S. \_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> avril 2012.

**9. a)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

**b)** Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 al. 1 LPA-VD). Selon l'art. 11 TFJDA (tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1), les honoraires sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 10'000 francs.

En l'espèce, l'importance et la complexité du litige justifient l'allocation d'une indemnité de 3'500 fr. à titre de dépens, portée à la charge de l'intimé.

**c)** Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19

décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Me Nordmann a produit le 7 juin 2022 le relevé des opérations effectuées pour le compte du recourant. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié.

Pour les années 2015 à 2017, il convient d'arrêter la durée totale des opérations effectuées à 27 heures et 15 minutes au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RA) [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), soit un montant s'élevant à 4'905 fr. auquel il y a lieu d'ajouter les débours fixés forfaitairement à 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RA) et la TVA au taux de 8 %, soit un montant de 5'562 fr. 27.

Pour les années 2018 à 2022, il convient d'arrêter la durée totale des opérations effectuées à 9 heures et 24 minutes au tarif horaire de 180 fr., soit un montant s'élevant à 1'692 fr. auquel il y a lieu d'ajouter les débours fixés forfaitairement à 5 % du défraiement hors taxe et la TVA au taux de 7,7 %, soit un montant de 1'913 fr. 39.

L'indemnité totale sera donc arrêtée à 7'475 fr. 65 (montant arrondi).

Cette rémunération n'est que partiellement couverte par les dépens devant être acquittés par l'intimé, de sorte que le solde à hauteur de 3'975 fr. 65 est provisoirement supporté par l'Etat (cf. art. 122 al. 2 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser la somme de 4'015 fr. 45 dès qu'il sera en mesure de le faire

en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera à la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes d'en fixer les modalités, en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 24 mars 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que S.\_\_\_\_\_ est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> avril 2012.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à S. \_\_\_\_\_ une indemnité de 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs) à titre de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Philippe Nordmann, conseil de S. \_\_\_\_\_, est fixée à 7'475 fr. 65 (sept mille quatre cent septante-cinq francs et soixante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VI.** Le montant de 3'975 fr. 65 (trois mille neuf cent septante-cinq francs et soixante-cinq centimes), non couvert par les dépens, est provisoirement mis à la charge de l'Etat.
- VII.** S. \_\_\_\_\_ est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement du solde de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Philippe Nordmann, avocat (pour S. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,

- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :