

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 juillet 2012

Présidence de M. NEU
Juges : Mmes Thalmann et Röthenbacher
Greffier : Mme Matile

Cause pendante entre :

A._____, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me Alain Sauter, avocat à Lausanne,

et

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

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

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), ressortissant turc né en 1970, a travaillé dès le 19 juillet 2005 pour le compte de la société de placement temporaire U._____ SA en qualité de manœuvre sur un chantier. Lors de son premier jour de travail, il a été victime d'un accident, un camion reculant vers lui sans que son chauffeur ne l'ait vu et lui coinçant la jambe droite contre un mur. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA) a pris en charge les suites de cet événement.

B. Le 5 octobre 2006, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) une demande de prestations pour adultes tendant à l'octroi d'une rente et à la mise en œuvre de mesures de reclassement professionnel.

a) Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI s'est adressé à la Drsse R._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré. Dans son rapport du 3 novembre 2006, ce praticien a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de status post-contusion de l'écrasement du mollet droit le 19 juillet 2005 ainsi que de suspicion d'un syndrome de loge chronique de la jambe droite. Elle a ajouté, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ceux de troubles de l'adaptation avec anxiété et dépression, hypertension artérielle traitée et migraines. En ce qui concerne l'activité professionnelle, la Drsse R._____ a évalué à 50% la capacité de travail dans l'activité actuelle, à 100 % dès mai 2006 celle dans une autre profession, avec certaines limitations fonctionnelles (notamment le fait de ne pas devoir se tenir sur ses jambes durant plus de 4 heures par jour).

Le Dr S._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a examiné l'assuré lors d'une consultation unique, le 26 septembre 2006. Dans un rapport à l'OAI du 20 novembre 2006, ce

médecin a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de status après contusion écrasement du mollet droit et de troubles de l'adaptation avec anxiété et dépression. Il a estimé l'état de santé de l'assuré stationnaire mais le pronostic mauvais, compte tenu de la longueur de l'incapacité de travail et de la composante dépressive du patient. Il a relevé aussi que la motivation de l'assuré pour la reprise du travail ou un reclassement professionnel était faible et l'absentéisme prévisible dû à l'état de santé important. Selon le Dr S._____, la capacité de travail raisonnablement exigible, compte tenu des limitations existantes, est d'un maximum de 50% dans l'activité déjà exercée et, s'agissant d'une autre profession, cette capacité est immédiatement exigible mais devrait être analysée lors du reclassement professionnel.

b) L'OAI a également sollicité la production du dossier de la CNA.

Dans le cadre d'un examen médical final qui a eu lieu le 5 septembre 2006, le Dr P._____, médecin d'arrondissement, spécialiste en chirurgie orthopédique, a fait le bilan suivant de la situation:

"On se trouve chez ce manoeuvre, originaire de Turquie, qui présente actuellement un status plus de 1 année après écrasement avec hématome du mollet ayant évolué vers un état cicatriciel proximal du soléaire et du jumeau interne avec chronification de douleurs dans la jambe rebelles à diverses mesures thérapeutiques incluant un séjour stationnaire à la CRR.

[...]

Objectivement on constate une cicatrice proximale du mollet, douloureuse à la palpation, ainsi qu'une augmentation du périmètre de la jambe et une abolition du réflexe achilléen à droite.

Les investigations échographiques ont mis en évidence un muscle cicatriciel.

Bien que l'on puisse s'attendre à une légère amélioration spontanée des troubles douloureux, la situation peut à notre avis être considérée comme suffisamment stabilisée pour permettre la liquidation asséculo-logique du cas et procéder, comme le suggère le Dr T._____, à des mesures de reclassement professionnel. En effet, sur le plan médico-théorique (l'assuré étant actuellement sans emploi), on pourra difficilement obtenir une capacité supérieure à 50% dans le dernier travail exercé avant son licenciement.

En revanche, cet assuré pourrait mettre une pleine capacité dans toutes activités n'exigeant pas de marche prolongée en terrain irrégulier, ni d'utilisation répétée d'escaliers.

Dans l'immédiat, nous avons conseillé à l'assuré de s'annoncer l'assurance chômage en attendant la mise en route de mesures professionnelles par l'assurance invalidité.

Les séquelles de l'accident n'atteignent à notre avis pas un taux indemnisable selon les barèmes usuels d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA.

On admettra un suivi médical espacé à long terme ainsi que la prescription ponctuelle d'anti-douleurs."

Par courrier du 25 septembre 2006, la CNA a informé l'assuré que l'examen qu'il avait subi récemment avait révélé qu'il n'avait plus besoin de traitement et qu'il était apte à reprendre son activité antérieure à 50% ou toute autre activité adaptée à son état de santé à 100%. Cela étant, l'assureur-accident a décidé de la suspension du versement de l'indemnité journalière dès le 1^{er} octobre 2006, indiquant toutefois continuer de prendre en charge les contrôles médicaux espacés encore nécessaires ainsi que la prescription de temps en temps d'anti-douleurs.

Le 13 novembre 2007, la CNA a décidé d'octroyer une rente d'invalidité de 415 fr. 15 par mois à l'assuré à partir du 1^{er} octobre 2007, se fondant sur un gain annuel assuré de 56'164 fr. et une perte économique de l'ordre de 11%. La détermination du degré d'incapacité résultait de la comparaison de cinq descriptions de postes de travail envisageables (DPT), selon lesquelles l'assuré pourrait réaliser un revenu mensuel de 4'000 fr., avec un revenu présumable perdu fixé à 4'500 fr. par mois.

En ce qui concerne les troubles psychogènes présentés par l'assuré, la CNA a considéré qu'ils n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident assuré, de sorte qu'ils ne donnaient pas droit à des prestations de sa part.

Par opposition du 14 décembre 2007, précisée le 5 mai 2008, l'assuré a soutenu que son état de santé ne lui permettait pas de réaliser un gain de 4'000 fr. et que son dossier n'avait pas été examiné de façon cohérente. Il a conclu à ce que son degré d'invalidité soit arrêté à 25%.

Par décision sur opposition du 27 octobre 2008, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Elle a estimé qu'il y avait lieu de reconnaître pleine valeur probante à l'appréciation du médecin d'arrondissement et, sur le plan économique, la perte avait été à juste titre été calculée à 11%. Elle a considéré enfin, s'agissant des troubles

relevant de la sphère psychique, que l'accident subi par A._____ était de gravité moyenne, mais à la limite de l'accident léger, ce qui ne justifiait pas d'ouvrir le droit aux prestations à ce titre faute de causalité adéquate.

A._____ a interjeté recours auprès de la Cour des assurances sociales contre la décision sur opposition précitée. Par arrêt du 27 mai 2010, le recours a été rejeté et la décision querellée confirmée. L'instance de recours a notamment considéré que la CNA avait retenu à bon droit, vu l'examen final du Dr P._____, que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle ne pouvait pas dépasser 50%, mais qu'en revanche, dans une activité adaptée aux seules séquelles de l'accident, la capacité de travail de l'intéressé restait entière. De même, la cour cantonale a considéré que c'était à juste titre que l'assureur-accident n'avait pas reconnu l'existence d'un lien de causalité adéquat entre l'accident du 19 juillet 2005 et les éventuels troubles psychiques dont souffrait l'assuré.

c) Par communication du 1^{er} octobre 2007, l'assuré a été informé par l'OAI qu'il pouvait bénéficier d'une aide au placement. Le 17 décembre 2007, l'OAI lui a également communiqué qu'un examen de ses aptitudes à la réadaptation professionnelle et de sa capacité de travail était nécessaire afin d'évaluer son droit aux prestations.

C'est ainsi que A._____ a suivi du 10 mars au 4 avril 2008 un stage d'observation de quatre semaines auprès du Centre H._____, à Yverdon-les-bains. Dans leur rapport final du 30 avril 2008, les intervenants du Centre ont émis la synthèse suivante:

"La capacité résiduelle de travail de M. A._____ devant une activité légère adaptée, à exécuter en position assise avec possibilité de se lever de temps en temps, est entière. L'exigibilité face à ce type d'activité est un travail durant toute la journée avec un rendement dans la norme. Des travaux de montage, assemblage, conditionnement à l'établi, ainsi que des activités face à des machines-outils de petites dimensions pouvant être exécutés en position assise, sont parfaitement accessibles à cet assuré. Une période de préparation à une activité auxiliaire devrait lui être accordée."

Dans un rapport final du 10 mars 2009, l'OAI a considéré que l'aide au placement était impossible, faisant part des observations suivantes:

"Notre assuré s'est montré très plaintif durant toute la durée du stage, il a eu un fort taux d'absentéisme, de même qu'un rendement de travail très faible, de l'ordre de 30%, loin de nous l'idée de juger notre assuré, toutefois, nous sommes dans l'impossibilité à l'aider à trouver un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles auprès d'un éventuel employeur. Nous interrompons donc l'aide au placement."

d) Dans un bref rapport du 3 octobre 2008, la Drsse X._____, médecin auprès d'U._____, association d'aide aux migrants, a certifié qu'A._____ était en suivi ambulatoire pour des raisons psychiatriques et qu'il était en incapacité de travail à 100% et ne pouvait pas non plus s'occuper de ses trois enfants.

Dans un rapport du 23 mars 2009 à l'OAI, la Drsse X._____ a émis les diagnostics, avec répercussions sur la capacité de travail, de status post-contusion écrasement du mollet droit, suspicion d'un syndrome de loge chronique, troubles de l'adaptation avec anxiété et dépression suite à l'accident et migraines. Selon ce médecin, le patient est à la recherche d'une réparation de sa jambe souffrante. L'état anxieux et dépressif l'empêche de pratiquer toute activité et d'avoir une disponibilité à faire un travail d'acceptation. Aux yeux de la Dresse X._____, le pronostic reste réservé.

C. Le 22 octobre 2009, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision par lequel il entendait rejeter sa demande de rente et de mesures professionnelles. Il estimait que, si l'assuré ne conservait qu'une capacité de travail à 50% dans son activité habituelle de manœuvre, une pleine capacité de travail pouvait raisonnablement être exigée de lui dès mai 2006 dans une activité professionnelle adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles (activité n'exigeant pas de marche prolongée en terrain irrégulier ni l'utilisation répétée d'escaliers). Procédant à une évaluation économique, l'OAI a fixé le degré d'invalidité à

10%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures d'ordre professionnel.

Par écriture de son conseil du 23 novembre 2009, A. _____ a contesté le projet précité. Se fondant sur divers certificats médicaux qu'il produit, l'assuré estime être toujours en incapacité totale de travailler, ce point de vue étant au demeurant renforcé par le certificat médical établi le 3 octobre 2008 par la Drsse X. _____.

Dans un rapport médical complémentaire du 12 février 2010, la Drsse X. _____ a souligné qu'aucun changement notable n'était intervenu depuis son rapport du 23 mars 2009, le patient continuant à bénéficier d'une psychothérapie individuelle ambulatoire à raison de deux fois par mois, associée à un traitement médicamenteux. Selon ce médecin, le pronostic est toujours réservé.

Dans un avis médical du 25 mai 2010, le Dr J. _____, du Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) a estimé que les documents versés au dossier par l'avocat de l'assuré n'étaient pas de nature à modifier la position de l'OAI. Dans un rapport complémentaire du 9 juin 2010, il a précisé que le trouble de l'adaptation dont faisait état la Drsse X. _____ dans son rapport de 2008 ne constituait pas une cause d'invalidité au sens de l'AI dès lors qu'un tel trouble avait, selon la définition de la CIM-10, une durée maximale de l'ordre de six mois.

D. Par décision du 7 juillet 2010, dont la motivation est identique à celle du préavis du 22 octobre 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

A la notification de la décision précitée au conseil de l'assuré était jointe un courrier du 6 juillet 2010 dans lequel l'OAI expliquait en détail les raisons pour lesquelles sa position était confirmée, tant en ce qui concerne l'aspect médical que l'aspect économique.

E. Par acte déposé le 31 août 2010, A._____ a recouru contre la décision de l'OAI, concluant principalement à ce qu'une expertise soit ordonnée pour déterminer sa capacité de travail, que la décision soit annulée et que son droit à une rente invalidité soit reconnu. Subsidiairement, le recourant conclut au renvoi de la cause à l'office intimé afin qu'il détermine son degré d'incapacité de travail et d'invalidité.

Dans sa réponse du 2 février 2011, l'OAI renvoie aux motifs exposés dans sa lettre explicative du 6 juillet 2010 au conseil du recourant et conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

F. Dans le cadre de l'instruction de la cause, une expertise judiciaire a été confiée au Dr O._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, qui a déposé son rapport le 2 septembre 2011. Celui-ci contient un résumé du dossier de l'OAI, une biographie et anamnèse personnelle avec la description des plaintes de l'expertisé et de l'évolution des atteintes à la santé de ce dernier, des constatations psychopathologiques, des diagnostics, une discussion et ses réponses aux questions des parties.

L'expert a posé les diagnostics de "majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0)" et, avec quelques hésitations, celui d'"épisode dépressif moyen à léger, sans syndrome somatique (F32.2)", qu'il discute de la manière suivante:

"Cet expertisé vit en Suisse romande depuis près de dix ans. Il parle difficilement le français mais il a des compétences linguistiques nettement plus importantes qu'il veut bien le reconnaître. Il présente des difficultés majeures d'acculturation.

Il se sent victime du travail, de la Suisse, des médecins. Personne ne veut le reconnaître. Lorsqu'il dit qu'en Suisse il est considéré comme une machine, il montre clairement ces difficultés d'acculturation.

Il refuse totalement de considérer qu'il pourrait travailler. L'accident l'a rendu invalide, il en est convaincu. Et cette conviction est telle qu'il est quasiment certain qu'il ne travaillera plus jamais. Néanmoins l'atteinte à la santé psychique n'est pas grave au point d'entraver une activité professionnelle.

La majoration de symptômes et de plaintes pour des raisons psychologiques ne saurait justifier une incapacité de travail.

L'épisode dépressif léger à moyen n'entrave pas non plus de manière importante la capacité de travail.

En conséquence les troubles psychiques que présente cet expertisé sont peu importants. Des facteurs socio-culturels jouent ici un rôle prédominant."

Invité à se déterminer sur l'expertise, le recourant y a expressément renoncé, sous réserve qu'il estimait utile de demander à l'expert si l'épisode dépressif dont il faisait état entraverait tout de même la capacité de travail de manière légère et, si oui, dans quel pourcentage. Quant à l'OAI, il a derechef proposé le rejet du recours et le maintien de la décision querellée dès lors qu'il ressortait clairement de l'expertise que le recourant ne présentait pas d'atteinte psychique grave au point d'entraver l'exercice d'une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles physiques séquellaires de l'accident du 19 juillet 2005.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile - compte tenu de la suspension du délai de recours pendant les fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable par analogie en vertu de l'art. 60 al. 2 LPGA) - auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La

cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse réputée supérieure à 30'000 francs.

2. Est litigieuse en l'espèce la décision de refus de l'OAI d'octroyer une rente d'invalidité au recourant, au motif qu'il disposerait d'une capacité de travail résiduelle entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de travail, toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% (art. 28 LAI) au moins et à des mesures professionnelles s'il est invalide à 20% au moins.

b) Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) se base sur les documents que les médecins - d'autres spécialistes le cas échéant - doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile

pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et les références).

Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450, consid. 11.1.3; 125 V 351, consid. 3a; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2; 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1; 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. 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. Selon la

jurisprudence, 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; 352 consid. 3b/aa et les références; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2; 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI, a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelés ci-dessus (consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254; 9C_500/2011 du 26 mars 2012, consid. 3.1; 9C_600/2010 du 21 janvier 2011, consid. 2; TF I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002, consid. 3).

Quant aux rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

c) Enfin, dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération.

En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devrait, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

3. Dans le cas particulier, il est constant que le recourant, victime d'un accident professionnel en juillet 2005, n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de manœuvre au-delà de 50%, en raison des troubles ressentis et objectivés. Il reste à déterminer si, et le cas échéant dans quelle mesure, une capacité de travail supérieure reste exigible dans une activité adaptée qui tienne compte des limitations fonctionnelles, ce que retient l'autorité intimée mais conteste le recourant.

a) Sur le plan somatique, le recourant déclare dans son mémoire avoir pris acte de la décision rendue le 27 mai 2010 par la Cour des assurances sociales à la suite du recours qu'il avait formé contre décision sur opposition du 27 octobre 2008 par la CNA (cf. arrêt AA 129/08 - 52/2010), qui considère que, sur le plan physique, une capacité de travail pleine et entière peut raisonnablement être exigée de lui dans une activité professionnelle adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles.

Cela étant, cette question n'est plus contestée et n'a, dès lors, plus à être examinée.

b) Le recourant considère en revanche qu'il ne dispose d'aucune capacité de travail en raison de limitations psychiques et reproche à cet égard à l'autorité intimée de n'avoir procédé à aucune investigation sur ce point, quand bien même la Drsse X._____, a, en ce qui le concerne, posé le constat de problèmes psychiatriques présents en octobre 2008 déjà.

Vu les avis médicaux divergents de la Drsse X._____, médecin traitant du recourant, d'une part, et du Dr J._____ du SMR, d'autre part, une expertise psychiatrique a été mise en œuvre en cours d'instruction et confiée au Dr O._____, spécialiste en psychiatrie et

psychothérapie à Pully. Le rapport élaboré le 2 septembre 2011 par l'expert rend compte d'un examen complet et consciencieux du dossier médical. Il repose sur une anamnèse complète et détaillée et fait état des plaintes formulées l'intéressé. Par ailleurs fondé sur un examen clinique, il est clair et nuancé dans la discussion du cas. Sur le plan des atteintes à la santé telles que diagnostiquées comme sur la question du caractère adapté de la reprise d'une activité par l'expertisé, le rapport satisfait en tout point aux critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ainsi, si l'expert a posé les diagnostics de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques et d'épisode dépressif moyen à léger, sans syndrome somatique, il explique aussi clairement pourquoi ces affections ne sauraient justifier une incapacité de travail, les troubles psychiques que présente l'expertisé étant peu importants et les facteurs socio-culturels jouant un rôle prédominant dans le cas particulier. L'appréciation psychiatrique émise par le Dr O. _____ est non seulement cohérente mais elle n'est de surcroît pas remise en cause de manière déterminante par les rapports des autres médecins, en particulier par la Drsse X. _____. Que cette dernière ne partage pas l'avis de l'expert judiciaire en ce qui concerne la gravité des troubles diagnostiqués et leur impact sur la capacité de travail de l'intéressé ne suffit pas à battre en brèche ses conclusions. En effet, au vu de la distinction consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause les conclusions d'une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire à celle-ci. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en question les conclusions de l'expertise (TF I 533/06 du 23 mai 2007, consid. 5.3 et les références). Or tel n'est pas le cas en l'espèce, la Drsse X. _____ se bornant à faire état d'une incapacité de travail totale, notamment en raison de trouble de l'adaptation avec anxiété et dépression, sans motiver plus avant son point de vue.

c) Cela étant, il faut considérer que la situation médicale est en l'espèce clairement établie tant sur le plan physique que sur le plan psychiatrique, sans qu'il soit nécessaire de procéder à d'autres mesures d'instruction (ATF 130 II 425 consid. 2.1). Les troubles physiques et psychiques dont souffre le recourant n'ont par ailleurs pas de répercussion sur sa capacité de travail, qui reste pleine et entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

d) Cela étant, il convient d'admettre que l'intimé était fondé à nier le droit du recourant à des prestations de l'AI. En effet, l'évaluation du degré d'invalidité auquel a procédé l'OAI ne prête pas le flanc à la critique et n'est d'ailleurs pas discuté dans le présent recours. A cet égard, l'intimé s'est fondé à juste titre sur une approche théorique, dès lors que l'intéressé n'a pas repris d'activité professionnelle depuis son accident. La comparaison des revenus avec et sans invalidité est correcte (cf. art. 16 LPGA) et l'abattement de 10% opéré sur le salaire statistique n'est pas critiquable. Le degré d'invalidité de 10% finalement retenu étant inférieur au taux minimum légal de 40% ouvrant le droit à une rente (art. 28 LAI), comme d'ailleurs au taux minimum de 20% permettant l'octroi de mesures professionnelles (cf. ATF 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid 2b), la décision du 7 juillet 2010 refusant de telles prestations au recourant est justifiée.

4. a) Il résulte de ce qui précède que la décision attaquée n'est pas critiquable et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI); le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte de tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui

succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, puisque le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD).

c) En l'espèce, le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, seront provisoirement supportés par le canton (art. 122 al.1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Alain Sauteur, à compter du 20 juillet 2010 et jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Me Sauteur a produit la liste de ses opérations et débours, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et arrêtée, selon les heures attribuées à l'avocat, à 13 heures et 16 minutes. L'indemnité de Me Sauteur s'élève donc à 2'388 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3]), montant auquel s'ajoutent les débours, par 108 fr. 10, et la TVA (calculée à 7,6% ou 8% selon que les opérations ont été effectuées en 2010 ou ultérieurement), par 192 fr. 60. Le montant total de l'indemnité de Me Sauteur s'élève donc à 2'688 fr. 70, TVA incluse.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 7 juillet 2010 est confirmée.
- III.** Un émolument de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Alain Sauter, conseil d'office du recourant, est arrêtée à 2'688 fr. 70 (deux mille six cent huitante-huit francs et septante centimes) pour toutes choses.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.
- VI.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Alain Sauter, avocat (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Il est en outre communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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

La greffière :