

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 mai 2010

---

Présidence de       Mme     RÖTHENBACHER  
Juges     :       Mme Thalmann et M. Monod, assesseur  
Greffier       :       M. Greuter

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**X.**\_\_\_\_\_, à [...] (VD), recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat, Intégration Handicap, service juridique, à Lausanne

et

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

---

**Art. 7, 8 et 16 LPGA; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI; 88a al. 1 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** Le 25 septembre 2000, X.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né le [...] 1971, originaire du Portugal, entré en Suisse le [...] 1988 et titulaire d'un permis C, marié et père de deux enfants mineurs, charpentier de formation, a déposé une demande de prestations AI au motif d'une entorse grave de la cheville droit ensuite d'une chute d'une hauteur d'environ 3 m 50 survenue le 24 janvier 2000.

**a)** Par courrier du 31 octobre 2000, le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a répondu à des questions posées par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI). Il a déclaré que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et qu'une arthrodèse à visée antalgique pourrait être envisagée afin d'améliorer sa capacité de travail. Toutefois, dans son activité habituelle, une amélioration de la capacité de travail était, à son sens, peu probable.

Le 8 mai 2001, l'assuré a été opéré (arthrodèse sous-astraglienne).

Il ressort d'un rapport médical du 3 mai 2002, établi par le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, que l'arthrodèse sous-astraglienne réalisée en mai 2001 n'était pas stable ni fusionnée, de sorte que l'assuré a été opéré une nouvelle fois le 19 mars 2002 pour une ablation d'une vis trans-astragalo-calcanéenne et une arthrodèse sous-astraglienne avec greffe spongieuse.

Par courrier du 27 mai 2002, l'employeur de l'assuré a annoncé mettre fin à leur rapport de travail au 31 août 2002.

**b)** Dans un rapport du 14 juillet 2003, le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA), spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a notamment retenu ce qui suit:

#### "DECLARATIONS DE L'ASSURE:

Il a toujours mal nous dit-il. La cheville gonfle lorsqu'il fait chaud. Les douleurs montent vers le genou. Les douleurs apparaissent après environ ½ h. de marche.

Elles passent lorsqu'il se repose un petit moment. Il arrive mieux à monter les escaliers qu'à descendre. En effet, pour la descente, il doit prendre appui sur le talon et sur le bord de la marche à cause du manque de souplesse.

Il prend de temps en temps du Dafalgan ou du Ponstan lorsqu'il a mal.

Il lui arrive d'avoir un ou deux jours sans sentir son pied mais pas plus. Il doit revoir le Dr T. \_\_\_\_\_ le 8.09.03.

L'assuré nous indique qu'il a récemment été vu par le Dr W. \_\_\_\_\_ qui lui aurait dit qu'une nouvelle opération serait nécessaire. Il nous indique qu'il est à présent au bénéfice d'un suivi psychologique à l'unité de psychiatrie ambulatoire de [...] auprès du Dr J. \_\_\_\_\_.

[...]

#### APPRECIATION

Ce charpentier a subi une arthrodèse sous-astragalienne en mai 2001 pour les suites d'une lésion astragalienne apparue après un accident survenu le 24.01.00. Une reprise de l'arthrodèse a été nécessaire en mars 02. La consolidation a été lente. Les plaintes subjectives se sont légèrement améliorées par rapport aux plaintes décrites lors de mon précédent examen en août 02. Il subsiste cependant des douleurs apparaissant après environ ½ h. de marche, une tendance à l'enflure ainsi que des difficultés pour descendre des escaliers.

A l'examen clinique, on notera une limitation de l'inversion-éversion du pied consécutive à l'arthrodèse sous-astragalienne ainsi qu'une légère diminution de l'amplitude articulaire en flexion-extension.

Les dernières radiographies pratiquées le 30.06.03 par le Dr W. \_\_\_\_\_ démontrent que la consolidation de l'arthrodèse est à présent pratiquement acquise. On notera quelques altérations dégénératives de la médio-tarsienne.

Sur le plan thérapeutique, il n'y a à présent plus d'indication à une reprise de l'arthrodèse sous-astragalienne, cette dernière ayant fini par consolider de façon suffisante. Un complément d'arthrodèse sur la médio-tarsienne me paraît par ailleurs largement prématuré et n'amènerait probablement aucune amélioration des troubles douloureux résiduels actuels qui nous paraissent être de nature plutôt dysesthésique et algo-neurodystrophiques que liés à des phénomènes de surcharge articulaire en aval de l'arthrodèse.

Nous souscrivons entièrement à la proposition du Dr T. \_\_\_\_\_ de munir cet assuré de chaussures renforcées de type Kunzi qui amélioreront la tenue du pied, en particulier lors de la marche en terrain irrégulier.

La situation nous paraît par ailleurs suffisamment stabilisée pour permettre d'avancer avec les mesures de reclassement professionnel chez cet assuré encore jeune qui est anxieux de

retrouver une activité professionnelle. Il nous paraît important de relancer sans tarder le processus AI.

La Suva pourra boucler le dossier après la prochaine consultation auprès du Dr T. \_\_\_\_\_ à qui nous adresserons une copie de ce rapport.

#### EXIGIBILITE

Cet assuré pourrait retrouver une pleine capacité dans un travail léger permettant l'alternance de positions assises ou debout et n'exigeant pas de déplacements fréquents, prolongés ou de marche en terrain irrégulier.

L'atteinte à l'intégrité fait l'objet d'une appréciation séparée."

Le 29 septembre 2003, le Dr M. \_\_\_\_\_ a rendu un rapport, dont on extrait ce qui suit:

#### **"A. Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail:**

Non consolidation sur status après arthrodèse sous-talienne D.

Status après entorse grave de la cheville D en janvier 2000.

Status après arthrodèse sous-talienne D pour arthrose le 8.05.2001.

Status après reprise de l'arthrodèse sous-talienne en mars 2002

#### **Diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail:**

Dysfonction cervico-dorsales étagées. Etat dépressif réactionnel.

#### **B. Incapacité de travail d'au moins 20% reconnue médicalement dans l'activité exercée jusqu'à ce jour en tant que:**

100% depuis janvier 2000 dans son métier de charpentier.

#### **C. Questions générales au médecin:**

**1. L'état de santé de l'assuré:** stationnaire.

**2. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales:** Une nouvelle arthrodèse sous-talienne D peut-être envisagée, le patient a demandé à surseoir cette intervention pour l'instant.

**3. Des mesures professionnelles sont-elles indiquées:** Oui.

**4. L'assuré nécessite-t-il des moyens auxiliaires:** Non.

**5. L'assuré a-t-il besoin de l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie? Si oui, depuis quand:** Non.

**6. Un examen médical complémentaire est-il nécessaire:** Non.

Le patient présente donc des douleurs et une boiterie persistante de la cheville D sur entorse grave en janvier 2000 suivi d'une arthrodèse sous-talienne D en mai 2001 avec non consolidation. Parallèlement, probablement du fait de son inactivité physique il a présenté des douleurs cervicodorsales sur dysfonction vertébrale, d'évolution favorable après physiothérapie et reprise d'une activité

physique. Ce problème ne devrait pas le limiter grandement pour les mesures professionnelles.

[...]

### **1. Questions concernant l'activité exercée jusqu'ici**

**1.1 Quelle est la répercussion de l'atteinte à la santé sur l'activité exercée jusqu'ici?** Le patient ne peut exercer son métier de charpentier en raison de ses problèmes orthopédiques du MI D.

**1.2 L'activité exercée jusqu'à maintenant est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure?** Non.

**1.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure** Oui, 100%.

### **2. Questions concernant une éventuelle réinsertion professionnelle**

**2.1 Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent respectivement dans le domaine d'activité exercée jusqu'à présent? Si oui, quelles mesures peut-on exiger?** Non.

**2.2 Peut-on exiger que l'assuré exerce une autre activité?** Oui.

#### **2.2.1 Si oui**

**Quel genre d'activité est envisageable?** X. \_\_\_\_\_ devrait pouvoir exercer une activité qui se fait principalement en position assise, par exemple dans le domaine du dessin technique ou de l'informatique.

**A quoi faudrait-il Etre particulièrement attentif?** A éviter des positions debout ou des marches trop importantes.

**Dans quelle mesure cette activité peut-elle être exercée?** A 100% dans une activité adaptée.

**2.2.2 Dans ce cadre horaire, faut-il s'attendre à une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?** Non, la seule limitation pourrait venir de douleurs de la cheville D."

**d)** Le 22 janvier 2004 le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et J. \_\_\_\_\_, psychologue FSP, ont rendu un rapport médical, dont on extrait ce qui suit:

#### **"A. Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail:**

F 62.8 Modification durable de la personnalité suite à une chute survenue au travail (depuis janvier 2000)

F 32.10 Episode dépressif moyen, avec syndrome somatique (depuis janvier 2000)

F 41.9 Trouble anxieux (depuis janvier 2000)

#### **Diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail:**

Z 63.0 Conflit conjugal (depuis 2001)

**B. Incapacité de travail d'au moins 20% reconnue médicalement dans l'activité exercée jusqu'à ce jour en tant que:**

Profession: charpentier

Incapacité de 100% du 24.01.2000 au 31.05.2001 (Dr M. \_\_\_\_\_)

Incapacité de 100% du 01.06.2001 à (voir rapport du Dr K. \_\_\_\_\_)

**C. Question générales au médecin:**

1. L'état de santé de l'assuré(e) est stationnaire.
2. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales? Non.
3. Des mesures professionnelles sont-elles indiquées? Oui.
4. L'assuré(e) nécessite-t-il(elle) des moyens auxiliaires? Non.
5. L'assuré(e) a-t-il(elle) besoin de l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie? Si oui, depuis quand? Non.
6. Un examen médical complémentaire est-il nécessaire? Oui.

**D. Données médicales:**

1. Traitement du 16.06.2003 à actuellement.

2. Dernier examen le 02.10.2003.

3. Anamnèse

Il s'agit d'un patient de 32 ans, marié et père de 2 enfants âgés de 3 et 5 ans, charpentier de formation, qui ne travaille plus depuis qu'il a été victime d'une chute survenue sur son lieu de travail le 20.01.2000, alors qu'il était occupé à poser de l'isolation sur un plafond, basculant à l'étage inférieur, à travers le plancher partiellement ouvert. Il a eu peur de mourir et a été soumis pendant plusieurs semaines à l'émergence répétée d'angoisses de mort. Il a souffert d'une entorse sévère à la cheville droite, a bénéficié de 2 opérations et se trouve dans l'attente d'une 3<sup>e</sup> intervention, initialement prévue en septembre 2003, aujourd'hui repoussée. D'origine portugaise, il est arrivé en Suisse en 1988, employé dès lors par l'entreprise [...], où il a entrepris de se former comme charpentier dès août 1997. Il s'est marié au pays avec une femme de 4 ans plus jeune, qui assume actuellement un poste de concierge à 30%.

4. Plaintes subjectives

Les plaintes mettent en évidence une forte irritabilité, des cauchemars et des souvenirs diurnes liés à l'accident, des troubles du sommeil sous la forme d'insomnies, une peine à contenir l'agressivité, un sentiment de vertige, des difficultés à marcher et des douleurs à la cheville. L'assuré se plaint en outre de tensions conjugales apparues de manière réactionnelle et il consulte sous pression de l'épouse, qui menace de le quitter.

5. Constatations objectives

De taille moyenne, plutôt trapu, qui paraît plus âgé qu'il n'est. Il boite à la marche, se tenant la jambe et se plaignant de douleurs à

la cheville. Il est correctement orienté dans le temps et l'espace et on ne note aucun trouble formel du cours ou du contenu de la pensée de la lignée psychotique. Des signes anxieux accompagnent une humeur déprimée, visiblement réactionnelle à l'accident: sentiment d'échec personnel, incertitude face à l'avenir, sentiment de culpabilité lié à l'agressivité actuelle. Des images en flash-back apparaissent ponctuellement durant la journée et des angoisses apparaissent ponctuellement sous la forme de bouffées soudaines, sans raison aucune. L'assuré se montre très motivé de reprendre une activité professionnelle.

## 6. Examens médicaux spécialisés

---

## 7. Thérapie/Pronostic

X. \_\_\_\_\_ s'est adressé à notre service le 16.06.2003 et bénéficie actuellement d'un traitement antidépresseur et anxiolytique Efexor ER 75 1 cp/soir et Truxal 15 mg 1-2 cp/jour en réserve. A ce jour, nous constatons une légère amélioration de la symptomatologie anxieuse. Notre objectif est d'adapter le traitement et de soutenir le patient à travers des entretiens psychiatriques ponctuels, susceptible selon nous de soutenir les efforts en vue de favoriser une réinsertion socioprofessionnelle et un apaisement des tensions à domicile.

[...]

### 1. Questions concernant activité exercée jusqu'ici

#### 1.1 Quelle est la répercussion de l'atteinte à la santé sur l'activité exercée jusqu'ici?

L'entorse sévère à la cheville droite rend l'activité exercée jusqu'ici impossible. Les affects dépressifs, les signes anxieux et la très forte irritabilité actuelle freinent l'implication au travail. Ce sont surtout les souvenirs liés à la chute traumatique qui le rendent méfiant face aux risques physiques à prendre dans une activité professionnelle.

#### 1.2 L'activité exercée jusqu'à maintenant est-elle encore exigible? Non.

[...]

### 2. Questions concernant une éventuelle réinsertion professionnelle

#### 2.1 Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent, respectivement dans le domaine d'activité exercée jusqu'à présent? Non.

[...]

#### 2.2 Peut-on exiger que l'assuré exerce une autre activité? Oui.

##### 2.2.1 Si oui:

Quel genre d'activité est envisageable?

On peut penser à une activité qui ne nécessite pas, ou très peu, de déplacements impliquant la marche, de prendre des risques physiques dans le contact avec des machines notamment. On pourrait penser à une activité d'atelier.

A quoi faudrait-il être particulièrement attentif?

On pourrait envisager une reprise progressive de l'activité, évoluant selon l'amendement des symptômes psychiatriques.

2.2.2 Dans le cadre horaire, faut-il s'attendre à une diminution du rendement? Oui."

Dans un courrier du 11 août 2004, le Dr B.\_\_\_\_\_ et le psychologue J.\_\_\_\_\_ ont déclaré que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé sous la forme d'une apparition de douleurs au dos qui entravaient la mobilité. Ces douleurs étaient apparues parallèlement à des signes anxieux et dépressifs, lesquels persistaient malgré un traitement qui leur semblait adapté. Ils se sont en outre ralliés à l'avis du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie - auquel l'assuré avait été adressé par son médecin -, qui retenait "une probable somatisation apparaissant dans le contexte des difficultés psychosociales globales de l'assuré". A leur sens, sa capacité de travail était de 50% (4-5 heures de travail par jour, dans une activité autorisant des changements de position dans le cadre d'une activité de bureau).

Dans un courrier du 13 août 2004, auquel était joint un rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 22 juin 2004, le médecin traitant - le Dr M.\_\_\_\_\_ - a également attesté que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé, lequel se plaignait de plus en plus de douleurs dorsales et lombaires. Se fondant sur le rapport du Dr H.\_\_\_\_\_, il retenait que la symptomatologie présentée par l'assuré entrait dans le cadre de troubles somatoformes douloureux, survenant dans le contexte de difficultés médicales et psychosociales. Il a dès lors estimé que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était de 50%.

Du rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 22 juin 2004, on extrait ce qui suit:

**"A l'examen du jour,** présence d'une boiterie à la charge du pied droit.

Le pied est difficilement examinable en raison d'un syndrome douloureux démonstratif. Par contre, je n'ai pas de limitation des hanches ou des genoux et aucun signe radiculaire aux deux membres inférieurs.

Sur le plan rachidien, les troubles statiques sont mineurs, l'hyperlordose est peut-être l'élément le plus marquant dans le

cadre d'une surcharge pondérale (91 kg pour 1,72 m avec ptose abdominale)

Le rachis cervical est parfaitement mobile, la région lombaire est indolore en inclinaison extension mais la flexion antérieure est limitée par la douleur avec une distance doigt-sol à 50 cm pour un Schober passant de 10 à 14. A la palpation, il s'agit de douleurs diffuses, de type musculaire et insertionnel. Le testing des sacro-iliaques est négatif.

J'ai regardé attentivement les IRM cervicale et lombaire de juin 2004 qui ne démontrent à mon sens qu'un dessèchement discal L4-L5 et L5-S1, les hernies discales décrites peuvent être banalisées, elles sont discutables, n'entraînent pas de conflit radiculaire, il n'y a par ailleurs pas de canal étroit ou de signe pour un rhumatisme inflammatoire.

**Appréciation:**

Dans les suites d'un problème traumatique non résolu (non consolidation d'une arthrodèse sous-astragalienne droite), le patient développe des rachialgies diffuses et mal systématisées.

La boiterie du membre inférieur droit ne me paraît être qu'une étiologie très mineure des rachialgies qui n'ont donc pas, à mon sens, une origine traumatique. Je les attribuerais plutôt à une origine musculaire dans le cadre d'un syndrome de déconditionnement, le patient n'a pas eu d'activité depuis le 24 janvier 2000, date de son traumatisme jusqu'au début de son reclassement où la posture adoptée joue également son rôle.

Toutefois, j'ai surtout l'impression que X.\_\_\_\_\_ souffre d'un trouble somatoforme douloureux persistant qui s'ancre dans ses difficultés psychosociales.

Comme vous le savez cette entité est très difficile à prendre en charge, j'ai tenté de rassurer X.\_\_\_\_\_, je lui ai demandé de mobiliser toutes ses ressources pour minimiser son syndrome douloureux, qui bien entendu ne réagit pas aux médicaments. J'opterais par ailleurs pour un reconditionnement musculaire de type fitness, mais je poursuivrais surtout le stage ORIPH, un arrêt de celui-ci représentant un échec supplémentaire à assumer. Selon les projets de l'AI, on pourrait éventuellement intercaler un programme de reconditionnement rachidien de 3 fois 5 jours au CTR [...], mais il faudrait alors bien préciser à l'avance si celui-ci serait pris en charge par la SUVA ou par [...] en requérant l'avis auparavant des médecins responsables. Je verrais plutôt cette prise en charge comme 'un coup de pouce' avant le début d'une formation".

**d)** Dans un rapport de l'Unité d'Evaluation et d'Orientation Professionnelle (UEOP) du 7 octobre 2004, il ressort que l'assuré a suivi un stage Oroph du 15 mars au 14 octobre 2004. Le déroulement de ce stage a été difficile pour l'assuré, celui-ci s'étant régulièrement plaint de douleurs à la cheville, au dos et aux cervicales. Sa progression était inconstante et tributaire de son état de santé, de sorte que le centre en charge de

l'assuré a proposé la mise en œuvre d'une expertise médicale afin de permettre la poursuite de la réorientation.

Le 20 mai 2005, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise, qui comprend notamment une anamnèse, un extrait du dossier, les résultats et l'analyse de la médication psychotrope, les plaintes et données subjectives, des constatations objectives, un examen clinique, des diagnostics, une discussion, une appréciation de la capacité de travail ainsi que des propositions thérapeutiques. On extrait ce qui suit de ce rapport:

#### **"4. DIAGNOSTICS**

**Axe I:** Trouble douloureux associé à une affection médicale générale

F 45.4

Etat de stress post-traumatique F 43.1 (309.81)

Trouble dépressif majeur, isolé, en rémission partielle, de gravité actuelle mineure F 32.4 (296.4)

Trouble panique sans agoraphobie F 41.0 (300.01)

Anxiété généralisée F 41.1 (300.02) (probable)

Non-observance du traitement Z 91.1 (V15.81)

**Axe II** Trouble de la personnalité, non spécifié F 60.9 (301.9); traits limite-abandonniques, obsessionnels-compulsifs, paranoïaques et narcissiques

**Axe III** Obésité légère (BMI: 29)

Status post entorse sévère de l'articulation sous-astragaliennne droite, avec déchirure ligamentaire le 24.01.2000

Status post deux arthrodèses sous-astragaliennes droites (mai 2001 et mars 2002)

**Axe IV** Difficultés conjugales; atteintes à la santé de l'épouse  
dépression de la mère; absence d'emploi

**Axe V** Evaluation globale du fonctionnement EGF à 60 actuellement.

#### **5. DISCUSSION**

Le dossier médical comporte un rapport d'octobre 2000 du Dr M.\_\_\_\_\_, médecin traitant, qui atteste une incapacité de travail totale dans l'activité de manoeuvre ou charpentier dès le 24.01.2000, entrecoupée d'une brève reprise à 50% du 27.06 au 09.07.2000. Il préconise des mesures professionnelles. En septembre 2003, le médecin traitant rajoute le diagnostic d'un état

dépressif réactionnel, qu'il estime sans répercussion sur la capacité de travail. Il maintient l'incapacité de travail totale en tant que charpentier, et estime une activité adaptée exigible à 100% sans diminution du rendement. En janvier 2004, le Dr B. \_\_\_\_\_ de l'UPA de [...] ajoute les diagnostics de modification durable de la personnalité suite à une chute survenue au travail, épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique, et trouble anxieux; concernant l'activité professionnelle, il arrive aux mêmes conclusions que le Dr M. \_\_\_\_\_. Dans leurs rapports respectifs d'août 2004, les Drs M. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ réévaluent la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée. A noter qu'en juin 2004, le Dr H. \_\_\_\_\_, rhumatologue, diagnostique un trouble somatoforme douloureux persistant. Au vu de l'influence des troubles psychiatriques sur la capacité de travail, notamment lors d'un stage d'orientation en 2004 qui a dû être cessé, vous estimez une expertise psychiatrique nécessaire afin d'évaluer la capacité de travail résiduelle et les limitations fonctionnelles, afin de poursuivre la réorientation de X. \_\_\_\_\_.

Au moment de son évaluation, l'expertisé bénéficie d'une médication psychotrope d'EFEXOR ER 1 cp/j. et XANAX Retard 1 mg/j. prescrite par le Dr J. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, qu'il consulte une à deux fois par mois pour des séances d'environ 30 minutes. L'analyse de la médication antidépressive d'EFEXOR demandée par nos soins le 04.05.2005 révèle des taux plasmatiques non détectables, indicatif d'une absence de compliance médicamenteuse.

L'hétéro-évaluation de la thymie au moyen de l'échelle de Hamilton à 21 items révèle un score de 12 points, indicatif de la présence d'un état dépressif mineur. L'auto-évaluation de la thymie au moyen de l'échelle de Beck à 26 items (modifié) révèle un score de 22 points (extrapolé selon le BECK 21), indicatif de la présence d'un état dépressif majeur, d'intensité moyenne. La différence significative entre l'hétéro et l'auto-évaluation thymique indique la présence d'une souffrance subjective importante. L'auto-questionnaire des attaques de panique spontanées révèle la présence d'un trouble panique. Le SCL-90 révèle un score total pathologique, ainsi que des seuils pathologiques pour les éléments somatisation, anxiété, dépression, symptômes obsessionnels, sensibilité interpersonnelle ou vulnérabilité, et hostilité. A l'élément "traits paranoïaques", l'expertisé n'atteint pas le seuil pathologique, mais obtient tout de même des scores plus élevés que les sujets contrôles.

Des antécédents psychiatriques familiaux sont uniquement connus chez la mère, chez laquelle un premier état dépressif majeur est diagnostiqué début 2005, nécessitant un traitement antidépressif. En présence de douleurs quasi permanentes et invalidantes concernant la partie droite du corps (bras, coude, hanche, jambe, cheville), de lombalgies, de cervicalgies et d'épisodes de douleurs diffuses sur tout le corps chez l'assuré, dont l'ampleur dépasse largement l'impact de l'atteinte sous-astragaliennne droite datant de janvier 2000, le diagnostic d'un trouble douloureux associé à une affection médicale générale est retenu, diagnostic également posé par le Dr H. \_\_\_\_\_, rhumatologue, en juin 2004.

Depuis l'échec de ses deux arthrodèses sous-astragaliennes en mai 2001 et mars 2002, l'expertisé décrit des symptômes tels que des flash-back récurrents de l'accident de 2000 survenant plusieurs fois

par semaine, des souvenirs de l'accident au moindre contact avec le bois, lui rappelant son ancien métier, des cauchemars de l'accident, une impossibilité de revenir sur les lieux de l'accident ainsi qu'une crainte persistante de chuter, même lorsqu'il se met sur son balcon. Ces symptômes, associés à une activation neurovégétative également présente depuis l'échec des deux interventions et se manifestant par des difficultés d'endormissement, une irritabilité accrue et des difficultés de concentration, justifient le diagnostic d'un état de stress post-traumatique lié à l'accident de janvier 2000, apparu en différé, lorsque l'expertisé a dû faire face aux échecs des interventions sous-astragaliennes et à l'impossibilité de reprendre son ancien métier très investi.

L'expertisé présente un premier état dépressif suite à sa mise à l'incapacité de travail totale en janvier 2000, dont la gravité devient progressivement majeure durant la même année lorsqu'il ne réussit pas à reprendre son métier tant apprécié et se sent rejeté par ses employeurs. Par la suite, il nécessite un suivi psychiatrique à l'UPA [...], où un traitement antidépressif d'EFEXOR est prescrit et le diagnostic d'un trouble dépressif majeur d'intensité moyenne est posé. Ces éléments justifient le diagnostic d'un trouble dépressif majeur, isolé, en rémission partielle, de gravité actuelle mineure.

L'assuré présente des attaques de panique tous les quinze jours, dont la fréquence est actuellement en aggravation, raison pour laquelle le diagnostic d'un trouble panique est retenu, sans agoraphobie, les attaques de panique n'étant pas exacerbées dans des situations telles que des lieux clos en présence de la foule.

L'inquiétude quasi permanente et excessive de l'expertisé concernant son avenir professionnel, également manifestée durant l'entretien à de nombreuses reprises, avec agitation lorsque ce sujet est abordé, rend probable le diagnostic d'une anxiété généralisée.

L'absence de compliance médicamenteuse au traitement antidépressif d'EFEXOR justifie le diagnostic d'une non-observance du traitement.

L'expertisé présente quelques symptômes de type convertif (fourmillements au niveau des chevilles, faiblesse musculaire au niveau du bras droit, et épisodes d'hypo-sensibilité au niveau de l'auriculaire, du pouce droits, et des chevilles), sans toutefois atteindre le degré d'un trouble convertif indépendant, avec notamment absence de lâchages ou de chutes. Ces atteintes semblent plutôt s'inscrire dans un chevauchement des tableaux dépressif, panique et somatoforme.

Un trouble de la personnalité sévère s'ajoute sur l'axe II, composé de traits limite-abandonniques, caractérisés par une crainte effrénée de l'abandon, ayant induit une décompensation thymique majeure chez l'assuré suite au sentiment de rejet ressenti de la part de ses anciens employeurs, des traits obsessionnels-compulsifs, caractérisés par un perfectionnisme induisant une dévotion excessive au travail et entravant l'achèvement de ses tâches, l'empêchant entre autres de remplir directement les auto-questionnaires psychométriques par crainte d'échouer, des traits paranoïaques, caractérisés par un sentiment diffus de persécution apparu après l'accident avec une impression que les autres lui veulent du mal, et des traits narcissiques, caractérisés par ses

fantaisies exagérées d'acquérir un important statut socioprofessionnel par le biais d'un CFC de charpentier.

Les limitations fonctionnelles sont nombreuses et découlent, d'une part, des symptômes algiques (douleurs concernant presque tous les membres droits du corps, épisodes de douleurs diffuses sur tout le corps) et somatiques généraux (atteintes de type conversif, fatigabilité), ces symptômes l'empêchant notamment de demeurer en position assise plus de 30-45 minutes. Les troubles cognitifs importants ont également un impact limitatif majeur sur le plan professionnel, en particulier les troubles de la concentration l'empêchant de maintenir son attention sur une tâche de manière prolongée. Les symptômes thymiques (sentiment de tristesse, dévalorisation) et anxieux (attaques de panique, irritabilité, inquiétude importante concernant son avenir professionnel, symptômes d'état de stress post-traumatique) constituent également des limitations fonctionnelles importantes. L'attitude perfectionniste dérivée des traits de personnalité obsessionnels-compulsifs a également un impact limitatif majeur, en particulier en ce qui concerne d'éventuelles mesures professionnelles sous la forme d'un stage d'évaluation dans un centre AI, l'expertisé manifestant une anxiété accrue à la moindre tâche à effectuer par crainte de l'échec; les traits paranoïaques le rendent également méfiant vis-à-vis de toute nouvelle personne, notamment un orientateur de l'OAI, ce qui risque également d'influer négativement sur sa prise en charge réhabilitative.

Le développement des traits limite-abandonniques trouve ses sources dans l'adolescence de l'assuré, lorsqu'à l'âge de 13 ans ses parents quittent le Portugal pour la Suisse, ce qui induit un premier sentiment d'abandon chez ce jeune assuré auparavant choyé dans une famille unie. Les traits obsessionnels-compulsifs se développent plus tardivement, lorsque ce jeune assuré trouve un père de substitution chez un de ses patrons à la scierie, auquel il veut tant plaire qu'il estime devoir faire son travail à la perfection, sans droit à l'erreur. Les traits narcissiques, probablement présents depuis l'enfance, sont alors exacerbés lorsqu'il lui est proposé un apprentissage avec un CFC à la clé, lui permettant de gravir les échelons sur le plan socioprofessionnel et de plaire encore plus à ses patrons.

La décompensation actuelle remonte à janvier 2000, date à laquelle l'expertisé est victime d'un accident relativement peu sévère sur son lieu de travail, dont les suites l'empêchent toutefois de reprendre son métier profondément investi depuis plus d'une dizaine d'années, l'assuré étant dès lors en incapacité de travail totale. Cette nécessité de devoir abandonner un métier tant investi ainsi que le brillant avenir qu'il imaginait acquérir par le biais de son apprentissage constitue une blessure narcissique insupportable pour l'expertisé, aggravée par l'impression d'être abandonné par ses patrons ne prenant pas de ses nouvelles, qu'il considère comme "sa deuxième famille". Dans ce contexte, l'assuré décompense sur un mode dépressif et somatoforme majeur, qui ne fait que s'aggraver par la suite, avec une irritabilité de plus en plus importante qui occasionne d'importants conflits conjugaux, avec des projets de séparation. A relever que nous nous écartons ainsi des conclusions du médecin traitant dans son rapport de septembre 2003, où celui-ci indique que l'état dépressif réactionnel n'a pas de répercussions sur la capacité de travail. En se basant sur les dires de l'assuré ainsi que

le rapport de janvier 2004 de l'UPA, précisant que l'état dépressif est majeur et de degré moyen, il semble que l'état dépressif de l'expertisé était déjà majeur et invalidant dès 2000. La situation ne fait que se péjorer en mars 2002 après l'échec subjectif de la deuxième intervention sous-astragalienne de l'assuré, qui présente dès lors un état de stress post-traumatique lié à l'accident, avec des symptômes tels que des flash-back récurrents, des cauchemars et des souvenirs envahissants. Parallèlement au développement de ces multiples atteintes, X.\_\_\_\_\_ développe des traits de personnalité paranoïaques ainsi que des attaques de panique au moins deux fois par mois, dont la fréquence est encore en augmentation. Dans ce contexte très difficile, l'échec subjectif du stage d'évaluation à ORIPH de mars à octobre 2004 ne fait qu'aggraver l'inquiétude majeure concernant son avenir et représente une nouvelle atteinte narcissique le fixant dans une perspective d'échec clairement démontrée durant l'entretien d'expertise.

Le pronostic demeure très réservé. L'adhésion au suivi psychiatrique depuis plusieurs années et la forte motivation pour le travail constituent des éléments positifs. L'administration d'un traitement antidépressif SSRI et tricyclique constitue une réserve thérapeutique non exploitée. Toutefois, l'absence de compliance au traitement antidépressif, la chronification des troubles somatiques depuis environ cinq ans, l'aggravation récente des troubles anxieux, le récent échec d'un stage à ORIPH le rendant peu motivé pour reprendre un tel stage, l'atteinte à la santé de la femme, la relation conjugale encore très fragile, avec possibilité de rupture prochaine pouvant induire une décompensation majeure, représentent des facteurs très négatifs. Ces éléments, associés à l'attitude perfectionniste de l'expertisé, induisant une anxiété très importante face à n'importe quelle tâche par crainte de l'échec, les traits paranoïaques, le rendant soupçonneux et méfiant envers tout collaborateur de l'AI, l'anxiété permanente vis-à-vis de son avenir professionnel le mettant dans une perspective d'échec de toute mesure réhabilitative, rendent peu probable l'adhésion à des mesures de réhabilitation sous forme de stage, avec des chances réduites de retrouver un emploi dans l'économie.

## **6. Degré de l'incapacité de travail**

Sur le plan psychiatrique, une incapacité de travail totale est attestée dès le 24.01.2000 dans toute activité, encore à l'heure actuelle, et probablement pour une longue durée.

Des mesures de réhabilitation professionnelle sont évidemment préconisées par le biais d'un stage d'évaluation en particulier au vu de la forte motivation de l'expertisé pour le travail; toutefois, au vu des facteurs négatifs décrits au chapitre du pronostic, en particulier l'attitude perfectionniste de l'assuré le rendant très anxieux face à la moindre tâche, leur exigibilité est purement médico-théorique et le risque d'échec demeure patent.

En raison de l'attitude perfectionniste de X.\_\_\_\_\_ et afin de limiter ses attentes irréalistes, toute mesure réhabilitative devrait débuter par des tâches facilement réalisables, avec une certitude de réussite pour l'assuré, suivies de tâches dont la difficulté augmente de manière très graduelle. De plus, il serait nécessaire que le conseiller de l'AI s'occupant de l'expertisé réussisse à établir une relation de

confiance avec lui, afin de contrer les traits paranoïaques rendant l'assuré méfiant envers tout collaborateur de l'AI. Il demeure également très important de maintenir une attitude de collaboration avec cet assuré désireux d'être responsabilisé et rapidement irrité s'il se sent mis devant le fait accompli, comme il l'a ressenti lors de l'essai en secteur comptabilité durant le stage ORIPH. Idéalement, en cas de succès des mesures de réhabilitation, une activité de bureau avec utilisation de l'informatique est recommandée, avec possibilité d'alterner les positions; une telle activité serait théoriquement possible à 50-60%, avec un rendement d'environ 80%.

Des mesures de placement sont également envisageables mais difficilement applicables pour les mêmes raisons que celles évoquées ci-dessus, auxquelles s'associent un surinvestissement possible dans l'entreprise lié aux traits perfectionnistes, pouvant amener l'assuré à rechuter sur le plan thymique, anxieux ou somatoforme.

En cas d'échec des mesures professionnelles décrites ci-dessus, une invalidité psychiatrique d'au moins 70% devrait être reconnue à X.\_\_\_\_\_.

## **7. Propositions thérapeutiques**

La poursuite de la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique auprès du Dr J.\_\_\_\_\_ de l'UPA est évidemment préconisée, de même que la poursuite du traitement médicamenteux, avec des contrôles plasmatiques réguliers afin d'améliorer la compliance au traitement antidépresseur. La Venlafaxine peut soit être augmentée à 150 mg pour son effet SNRI, soit être associée à de l'Amitriptyline 25-50 mg en administration vespérale."

**B. a)** Le 30 août 2005, la CNA a rendu une décision arrêtant l'incapacité de gain à 34%. Il résulte de cette décision que l'assuré était à même d'exercer durant toute la journée une activité légère permettant l'alternance des positions assise/debout et n'exigeant pas de déplacements fréquents ou prolongés, ni marches en terrain irrégulier. Il est aussi retenu qu'outre les séquelles organiques de l'accident, des troubles psychogènes réduisaient aussi la capacité de gain mais qu'en l'absence de relation de causalité adéquate avec l'accident, des prestations pour ces troubles étaient refusées.

**b)** Le 2 octobre 2006, le Dr R.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, spécialiste FMH en psychiatrie a rendu un rapport ensuite d'un examen psychiatrique réalisé le 6 juillet 2006. Ce rapport comprend: une

anamnèse, les plaintes de l'assuré, un status psychiatrique, des diagnostics et une appréciation du cas. On en extrait ce qui suit:

#### "DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail:

- Du point de vue psychiatrique, aucun.

- sans répercussion sur la capacité de travail:

- Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0).
- Trouble du sommeil non organique (F 52.2), insuffisamment traité.
- Traits de personnalité obsessionnelle-compulsive (F 60.5).

#### APPRECIATION DU CAS

Nous nous trouvons en face d'un assuré qui, sans antécédent psychiatrique avant son accident du 24.01.2000, avait fort investi son intégration sociale ainsi que professionnelle en Suisse. Sur le plan professionnel, il a réussi avec un grand effort, malgré le fait qu'il a touché les limites de ses capacités intellectuelles. La preuve est qu'il a passé ses examens au mois de juin 2000, c'est-à-dire pendant l'arrêt d'accident prescrit par les médecins après le 24.01.2000.

Le test d'intelligence pratiqué en novembre 2005 à l'unité psychiatrique ambulatoire de [...], montre un QI total de 66, ce qui correspondrait selon la CIM-10 à un retard mental léger. Les résultats de examens effectués par Mme [...] sont superposables. Du point de vue clinique, il nous semble peu probable que l'assuré ait pu passer le CFC en juin 2000 avec un QI de 66 et, probablement il y a un biais dans cet examen. Par exemple, des attitudes dysphoriques et de mécontentement avec la procédure de l'AI qui dure des années (voir la description de l'examen psychologique, annexe au rapport médical du 15.11.2005), qui peut expliquer un résultat en dessous des capacités de l'assuré. Du point de vue clinique, par contre, l'intelligence se situe bien dans la moitié inférieure de la norme, et ne peut expliquer une diminution de la capacité de travail.

L'assuré présente, à l'occasion de l'examen chez nous, quelques réviviscences de son accident, identiques et accompagnées d'un sentiment de malaise, mais qui n'occupe l'assuré pas plus que quelques minutes, une à plusieurs fois par jour, et qui ne dominent pas du tout le vécu de l'assuré. Les critères pour le diagnostic d'un état de stress post-traumatique (F 43.1) selon la CIM-10 n'étant pas rejoints, nous ne posons pas ce diagnostic, et, après étude précise de l'expertise du Dr V.\_\_\_\_\_, il nous semble que selon sa description des symptômes, les critères de ce diagnostic n'étaient pas non plus rejoints au moment de l'expertise.

A l'occasion de l'examen, les critères pour une maladie dépressive majeure (F 32 - F 33) ne sont pas non plus rejoints, ce qui, bien sur, n'exclut pas la possibilité que l'assuré ait présenté les symptômes d'un tel trouble antérieurement. De toute façon, nous constatons

que déjà à l'occasion de l'examen du Dr V. \_\_\_\_\_ au mois de mai 2005, le trouble dépressif majeur était en rémission, et ceci malgré le fait que l'assuré ne prenait pas son traitement antidépresseur.

A l'occasion de l'examen, l'assuré ne rejoint pas les critères pour qu'on puisse poser le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) selon les critères CIM-10, (voir: "diagnostics pour la recherche", page 101). Il y a ni une "douleur persistante, intense, et s'accompagnant d'un sentiment de détresse non expliqué... par un trouble physique ni cette douleur constitue en permanence la préoccupation essentielle du patient". Après étude précise et approfondie de l'expertise du Dr V. \_\_\_\_\_, je suis convaincu qu'au moment de l'expertise, l'assuré n'a pas non plus rejoint les symptômes nécessaires pour qu'on puisse poser ce diagnostic selon la CIM-10. Nous ne retenons donc pas ce diagnostic.

Comme l'expert et le médecin traitant, nous observons chez l'assuré certains traits de sa personnalité, marquée par une attitude méticuleuse auprès du travail, avec des attentes trop élevées, et, ainsi, soumises à des déceptions après coup. L'assuré n'a pas présenté un trouble de la personnalité avant son accident, et après on n'observe pas non plus un trouble de la personnalité grave. D'un point de vue clinique, il s'agit plutôt d'un trouble de l'adaptation de longue durée, mais allant en s'améliorant au fur et à mesure. Cette amélioration est d'ailleurs constatée par l'assuré lui-même.

*Du point de vue psychiatrique, nous ne constatons pas d'atteinte à la santé incapacitante qui empêcherait l'assuré d'assumer une activité qui respecte les limites fonctionnelles somatiques.*

Comme dans un échange de courrier entre l'office AI et l'avocat de l'assuré, les "critères de Mosimann" sont apparus, j'aimerais expliquer ce qui suit: comme dans l'expertise psychiatrique du Dr V. \_\_\_\_\_ du 20.05.2005 le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme a été posé, l'expert aurait dû, selon la pratique médico-juridique en vigueur par rapport à ce diagnostic, fournir une présentation de constatations d'ordre psychosociales qui répondent point par point à une liste élaborée par le Professeur Foerster de Munich et introduites par le juge Mosimann dans la juridiction suisse concernant l'incapacité de travail durable due au syndrome douloureux somatoforme persistant. Je répète qu'à mon avis dans cette expertise, ce diagnostic a été posé sans que les critères pour ce diagnostic aient été rejoints.

J'aimerais quand même retenir ce qui suit, sur le fond de l'étude approfondie du dossier ainsi que fondée sur l'examen psychiatrique, en me référant aux "critères de Mosimann":

L'assuré ne présentait pas une structure pathologique de la personnalité. Il n'y a pas de comorbidité psychiatrique en tant que diagnostic d'une maladie psychiatrique indépendamment existante de l'accident et ses séquelles psychologiques.

Il y a une affection corporelle chronique sous forme de séquelles d'un accident qui réduit la capacité de travail exigible pour l'activité habituelle à 0%, mais qui permet une capacité de travail exigible de 100% pour une activité adaptée qui respecte les limites fonctionnelles somatiques.

Il n'y a aucun signe d'une perte de l'intégration sociale.

L'assuré ne montre pas une attitude qui trahirait son désir inconscient de devoir prouver l'invalidité à l'entourage. Il n'y a donc pas un bénéfice primaire.

Le vécu surinvesti des séquelles de son accident ne porte pas un caractère chronique mais est plutôt fluctuant, et l'assuré montre à tout le monde qu'il essaie de surmonter ces conséquences (voir: Vie quotidienne). Il n'y a donc pas une névrose profondément ancrée, rapprochant l'état de l'assuré à une maladie psychiatrique majeure. Dans le langage médico-légal actuellement en vigueur, il n'y a donc pas d'état cristallisé.

Sur le niveau psychique, les symptômes ne sont pas stables ou en évolution, on observe plutôt une amélioration graduelle, qui est en plus est vécue comme une amélioration par l'assuré lui-même.

Pour cette raison, on ne peut pas parler d'un échec des traitements conformes aux règles de l'art, du point de vue psychiatrique.

*Vu le cumul de ces facteurs, on ne peut pas parler d'un mauvais pronostic par rapport à la reprise d'une activité lucrative, qui respecte les limites fonctionnelles somatiques.*

La deuxième partie de l'analyse selon les exigences du Tribunal fédéral des assurances, apostrophée habituellement les "critères de Mosimann".

Cette deuxième partie porte surtout sur la crédibilité de la gravité de la souffrance qui est alléguée par l'assuré.

Il y a en effet une divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé: l'assuré parle de douleurs d'une gravité importante, mais à l'occasion de l'examen psychiatrique, il ne transmet presque aucun signe d'un vécu douloureux.

La description par l'assuré de ses douleurs reste vague, floue et imprécise.

L'assuré ne demande plus de soins, mais il faut voir que le traitement sur le plan somatique a été effectué et qu'une réopération avait été nécessaire, avec un certain succès et que la SUVA a clos le dossier en 2005.

Dans le cadre de la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. On observe une divergence entre les informations fournies par le patient et celles ressortant du dossier, dans le sens que l'assuré vit l'accident comme plus grave de ce qu'il est objectivement dans la vision des orthopédistes et des chirurgiens.

Sur le plan des douleurs, les plaintes ont un élément démonstratif et laissent insensible l'expert, tout au contraire de ce que j'ai observé par rapport aux données biographiques en général où l'assuré était authentique et a été vécu touchant par l'expert.

L'assuré n'a pas vraiment allégué un handicap plus lourd que ce qu'il a: l'assuré continue à demander une aide pour un placement qui prend en compte les limitations fonctionnelles somatiques établies.

L'environnement psychosocial est intact

*Vu le cumul de critères de deuxième partie dits de "Mosimann", nous voyons que, par rapport aux douleurs, le degré de maladie est moins grave que ce que l'assuré évoque avec sa présentation clinique, et ne représente pas une atteinte à la santé invalidante.*

Pour être clair, je répète encore une fois qu'à mon avis, nous nous trouvons pas dans le contexte d'un syndrome douloureux somatoforme persistant selon CIM-10 F 45.4, et qu'il ne s'agit que d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0), qui, en plus, ne domine pas le tableau chez cet assuré.

***Les limitations fonctionnelles***

Absence de limitations fonctionnelles psychiatriques qui empêcheraient l'assuré de reprendre une activité lucrative qui tient compte des limites fonctionnelles somatiques.

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

Depuis le 24.01.2000.

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

Les médecins traitants somaticiens ainsi que le psychiatre traitant (Dr B.\_\_\_\_\_, depuis 2003) ont prescrit une incapacité de travail de 100%. Le Dr V.\_\_\_\_\_, psychiatre expert, dans son expertise du 20.05.2005, estime cette incapacité à 70%. De notre point de vue, ces prescriptions, quant à l'élément psychiatrique de l'affection de l'assuré, ne sont pas justifiées.

***Concernant la capacité de travail exigible***

Du point de vue psychiatrique, elle est de 100%.

***Capacité de travail exigible du point de vue du point de vue psychiatrique***

Dans l'activité habituelle: 100%

Dans l'activité adaptée: 100%

Depuis le: 24.01.2000".

Dans un rapport d'examen SMR du 28 septembre 2006, la Dresse C.\_\_\_\_\_, a retenu que l'assuré présentait comme atteinte principale un status post traumatisme de l'astragale droite et comme facteurs/diagnostics associés, qu'elle estimait ne pas ressortir de l'AI: "majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, troubles du sommeil non organique insuffisamment traité et traits de personnalité obsessionnelle-compulsive". L'assuré présentait comme limitations fonctionnelles: "alternance des positions assises et debout, pas de déplacements fréquents, prolongés ou de marche en terrain irrégulier". On extrait en outre ce qui suit de son rapport:

"Notons également une prise en charge psychiatrique depuis juin 2003 pour modification durable de la personnalité suite à une chute survenue au travail, épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et trouble anxieux. Des mesures professionnelles sont initiées en mars 2004, durant l'été 2004, le psychiatre, le médecin

généraliste et le rhumatologue se prononcent pour une incapacité de travail de 50% en raison d'un trouble somatoforme douloureux persistant. Une expertise psychiatrique est confiée au Dr V.\_\_\_\_\_, Psychiatrie FMH. Celle-ci étant peu pertinente, l'assuré est examiné au SMR par le Dr R.\_\_\_\_\_, Psychiatrie FMH au SMR. Les diagnostics posés par ce dernier diffèrent de ceux posés par l'expert et par les psychiatres traitants les arguments sont développés dans le rapport d'examen psychiatrique SMR qui fait partie intégrante de ce rapport d'examen SMR."

La Dresse C.\_\_\_\_\_ conclut que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle et entière dans une activité adaptée et qu'il est apte à la réadaptation depuis juillet 2003.

**c)** Le 3 mai 2007, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise demandé par la CNA. A cette fin, ce médecin a notamment eu un entretien avec l'assuré le 25 avril 2007. Son rapport comprend en particulier les plaintes de l'assuré, une anamnèse, des constatations psychopathologiques, un diagnostic et des réponses aux questions de la CNA.

Ce médecin pose le diagnostic de troubles de l'adaptation à un facteur de stress important, avec une réaction mixte anxieuse et dépressive prolongée d'intensité moyenne. A son sens, il est indéniable que le stress somato-psychique subi à cause de l'accident a été vécu par l'assuré d'une manière dramatique en raison de la renonciation à tout projet d'avenir qu'il s'était fixé.

Ce médecin rapporte qu'avant l'accident, l'assuré ne souffrait d'aucun trouble psychique et qu'il a vécu l'accident comme une véritable catastrophe du point de vue physique et psychique. Selon lui, le léger retard mental et la structure de personnalité fragile mis en évidence par les examens psychologiques pouvaient expliquer en partie les séquelles importantes du traumatisme. La fragilité de la structure de la personnalité de l'assuré - définie comme une personnalité plutôt dépendante, narcissique et abandonnique, avec des traits paranoïaques, voire psychotiques - a joué un rôle important dans sa décompensation psychique suite à son accident. S'agissant des possibilités intellectuelles limitées (QI de 66, retard mental léger), elles ne lui ont pas permis de

s'adapter avec souplesse à la perte de ses propres projets d'avenir et aux conditions de vie changées. Le Dr S. \_\_\_\_\_ souligne également que le tableau clinique observé était dominé par le trouble anxio-dépressif prolongé, avec perte de tout espoir d'amélioration et l'impossibilité de se projeter dans le futur autrement que comme invalide. A son sens, l'assuré ne pouvait pas faire la différence entre ses troubles physiques et ses angoisses psychiques, le tout formant un ensemble indissociable d'une souffrance somato-psychique importante. En outre, l'inactivité dans laquelle l'assuré se trouvait depuis plusieurs années est un terrain plus que favorable à l'amplification d'une fixation sur les séquelles de l'accident avec un bouleversement général de sa personnalité. Selon le Dr S. \_\_\_\_\_, il n'existait pas de facteurs étrangers à l'accident, les troubles en étant certainement des séquelles. Il estime par ailleurs que l'assuré était suivi de manière adéquate et appropriée sur le plan psychiatrique, de sorte que la possibilité d'une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré lui paraissait improbable.

En ce qui concerne la capacité de travail, le Dr S. \_\_\_\_\_ est d'avis qu'il est impossible de dissocier les troubles physiques des troubles psychiques, le tout étant représenté par une souffrance somato-psychique confuse inextricable pour l'assuré lui-même. A son sens, l'incapacité de travail de l'assuré, sur le plan psychiatrique, étant de 16% et son incapacité de travail, sur le plan somatique, de 34%, son incapacité de travail globale est de 50% (16% + 34%), appréciation qu'il confirme dans le reste de son expertise. Dans son rapport, on peut notamment lire ce qui suit:

"7. Capacités professionnelles:

7.1. Au regard des seuls troubles psychiques, comment appréciez-vous la capacité de travail, en terme de rendement, en qualité de?

Réponse:

Il est impossible de dissocier les troubles physiques des troubles psychiques, le tout étant représenté par une souffrance somato-psychique confuse et inextricable pour l'assuré lui-même.

Toutefois, j'ai abordé le problème de son avenir avec X. \_\_\_\_\_ et je l'ai relancé sur l'idée qu'il pourrait effectuer à 50% une activité compatible avec son état.

Faire par ex. 2 heures de travail sur le bois (par ex. dans une menuiserie) le matin et 2 heures de travaux de nettoyage l'après-midi ou le soir.

X. \_\_\_\_\_ m'a dit qu'il pourrait se réorienter dans ce sens.

Avec l'aide toutefois de la SUVA qui pourrait augmenter sa rente de 34% à 50%, c'est-à-dire en ajoutant 16% de maladie psychiatrique à son incapacité actuelle de travail.

L'assuré est d'accord avec cette proposition.

[...]

Ma proposition serait en définitive de considérer, par la SUVA, un pourcentage de 16% comme incapacité de travail du point de vue psychiatrique.

Ce qui représenterait une voie intermédiaire entre le 70% proposée par l'expertise du Dr V. \_\_\_\_\_ et le 0% proposé par l'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_."

Par courrier du 1<sup>er</sup> juin 2007, le médecin traitant de l'assuré a informé l'OAI, d'une part, que des investigations, concernant des douleurs lombaires et du membre inférieur gauche, avaient mis en évidence un syndrome lombovertébral avec sciatalgies gauches sur discrète hernie latérale foraminale L4-L5 gauche et coxarthrose gauche débutant expliquant la symptomatologie présentée et, d'autre part, que l'assuré suivait un traitement de physiothérapie.

Dans un avis médical du 25 juin 2007, le SMR se prononçant au sujet de ce courrier a estimé que le diagnostic de lombosciatalgies gauches posé par le médecin traitant n'avait aucune incidence sur les limitations fonctionnelles retenues jusque-là et, partant, sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Par ailleurs, il a souligné que, selon l'assuré, ce sont principalement les troubles de la concentration qui l'empêchaient de travailler à plein temps. Or, l'examen psychiatrique SMR du 6 juillet 2006 n'avait pas mis en évidence de diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail.

Par décision du 28 juin 2007, la CNA - tenant compte de l'expertise S. \_\_\_\_\_ - a annulé sa décision du 30 août 2005 dans la mesure où elle refusait de reconnaître sa responsabilité pour les troubles psychiques. Elle a dès lors arrêté l'incapacité de gain de l'assuré à 50%.

Dans un avis médical du 22 octobre 2007, le SMR - se prononçant au sujet de l'expertise S. \_\_\_\_\_ - a notamment retenu ce qui suit:

"L'expert retient le diagnostic de troubles de l'adaptation à un facteur de stress important avec réaction mixte anxieuse et dépressive prolongée, d'intensité moyenne (F 43.22).

A relever que cet expert mentionne que l'état de santé de l'assuré est resté stationnaire depuis 2004 (cf. p. 8). En effet, aucun nouvel élément par rapport à notre examen psychiatrique SMR du 06.07.2006 ne figure dans l'expertise.

A relever que l'expert n'a pas non plus retenu le diagnostic de trouble somatoforme persistant. Comme évoqué ci-dessus, le seul diagnostic retenu est celui d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive prolongée. Selon la classification internationale des maladies ce diagnostic est retenu si la symptomatologie anxieuse ou dépressive est d'une intensité insuffisante pour pouvoir retenir un épisode dépressif d'intensité légère ou un trouble anxieux. Une IT durable ne devrait donc être attribué à ce diagnostic.

Les propositions concernant la CT de l'assuré fait par l'expert (cf. p 15) sont difficilement compréhensibles et pas motivées par des éléments médicaux objectifs (16% d'IT pour des raisons psychiatriques pour arriver à 50%).

Au vu de ce qui précède, il y a aucun élément médical objectif nous permettant de nous écarter de notre appréciation du 02.10.2006."

**d)** Dans un courrier du 11 décembre 2007, l'ancien employeur de l'assuré a déclaré qu'en 2003, il aurait perçu un salaire horaire brut de 22 fr. 65 pour un horaire hebdomadaire de 39 à 46 heures, variant selon la saison, ainsi qu'un treizième salaire.

**C. a)** Le 16 janvier 2008, l'OAI a communiqué un projet d'acceptation de rente limitée à l'assuré. Il a proposé de retenir que, depuis le 21 janvier 2000, l'assuré présentait une incapacité de travail de 100%, qu'à l'échéance du délai d'attente, sa capacité de travail et de gain était nulle et que, dès le mois de juillet 2003, sa capacité de travail est entière dans une activité adaptée. Se basant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2002, il a retenu, suite à l'indexation aux prix 2003, un salaire hypothétique annuel raisonnablement exigible en 2003 de 57'806 fr. 18, part au 13<sup>e</sup> comprise (ESS 2002, TA1; niveau de qualification 4). Compte tenu d'un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré, le revenu d'invalidé de ce dernier a

été arrêté par l'OAI à 52'025 fr. 56. Cet office a estimé que le revenu sans invalidité de l'assuré en 2003 aurait été de 54'186 fr. 15, de sorte que son degré d'invalidité était de 4%. L'OAI a dès lors proposé d'allouer une rente entière à l'assuré du 1<sup>er</sup> janvier 2001 jusqu'au 30 septembre 2003, soit trois mois après l'exigibilité d'une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée (cf. art. 88a al. 1 RAI).

Le 13 février 2008, l'assuré a fait opposition à cette décision. Il a rappelé que la CNA par décision du 28 juin 2007 l'a reconnu invalide à 50% et a soutenu - se référant à la jurisprudence - que l'OAI ne pouvait s'écarter de ce taux que si celui-ci lui paraissait reposé sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable. Or, à son sens, les considérations du SMR ne suffisaient pas à faire apparaître la décision de la CNA comme manifestement insoutenable. Il a dès lors conclu à ce qu'une demi-rente lui soit allouée pour la période postérieure au 30 septembre 2003.

**b)** Par courrier du 26 juin 2008, l'OAI a communiqué ce qui suit à l'assuré:

"Dans le cadre de cette audition, seul est litigieux le volet psychiatrique de votre atteinte et son influence sur votre capacité de travail. L'aspect somatique n'est en effet pas critiqué, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de revenir sur la pleine capacité de travail qui vous est reconnue sur ce plan dès juillet 2003 dans une activité adaptée.

Vous contestez principalement le fait que nous ayons privilégié les conclusions du Dr R. \_\_\_\_\_, médecin psychiatre au Service médical régional (ci-après: SMR) vous reconnaissant une pleine capacité de travail dans toute activité sur le plan psychiatrique au détriment des conclusions des Drs V. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ vous reconnaissant une capacité de travail résiduelle réduite. Vous nous reprochez également de ne pas avoir suivi la position de la SUVA, à savoir l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, et considérez que nous n'avons aucune raison de nous écarter de leurs conclusions, leur décision n'étant pas manifestement insoutenable. Voici notre position concernant ces différents arguments.

Il convient de relever en premier lieu que l'instruction médicale de votre dossier contient différentes expertises psychiatriques dont les conclusions sont opposées. Trois expertises ont en effet été réalisées, respectivement par le Dr V. \_\_\_\_\_ en 2005, le Dr R. \_\_\_\_\_ en 2006 et par le Dr S. \_\_\_\_\_ en 2007 (ce dernier ayant été mandaté par la SUVA). D'une manière générale, nous devons rappeler qu'en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge (et donc auparavant l'administration) doit apprécier l'ensemble des

preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il convient donc ici d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

En l'espèce, est litigieux le fait que nous ayons privilégié les conclusions du SMR (examen psychiatrique et avis médicaux) au détriment des avis des autres spécialistes consultés, dont les conclusions n'emportaient pas, selon nous, conviction.

Il convient tout d'abord de détailler les raisons pour lesquelles nous n'avons pas suivi les conclusions du Dr V.\_\_\_\_\_ (rapport d'expertise du 20 mai 2005). Nous relèverons que, dans son rapport d'examen du 2 octobre 2006, le Dr R.\_\_\_\_\_ discute clairement les raisons pour lesquelles les conclusions du Dr V.\_\_\_\_\_ ne sont pas pertinentes, en particulier en ce qui concerne les diagnostics posés par ce dernier.

Il réfute en premier lieu le diagnostic d'état de stress post-traumatique (F 43.1) selon la CIM-10 considérant que les critères pour le retenir ne sont pas rejoints. Il remarque en effet quelques réviviscences de l'accident, identiques et accompagnées d'un sentiment de malaise, mais qui ne vous occupe pas plus de quelques minutes, une à plusieurs fois par jour, et qui ne dominent pas du tout votre vécu. Il note pour terminer qu'après une étude attentive de l'expertise du Dr V.\_\_\_\_\_, et selon la description des symptômes faite par ce dernier, les critères de ce diagnostic n'étaient certainement pas non plus rejoints au moment de l'expertise effectuée par le Dr V.\_\_\_\_\_.

Ensuite, en ce qui concerne le diagnostic de maladie dépressive majeure (F 32 - F 33) posé par le Dr V.\_\_\_\_\_, le Dr R.\_\_\_\_\_ constate lors de l'examen que les critères pour une telle maladie ne sont pas non plus rejoints. Cela n'exclut bien évidemment pas la possibilité que vous ayez présenté un tel trouble auparavant. Cependant il constate qu'à l'occasion de l'examen du Dr V.\_\_\_\_\_ au mois de mai 2005 déjà, ce trouble était en rémission et ceci malgré le fait que vous ne preniez pas votre traitement antidépresseur.

Le Dr R.\_\_\_\_\_ ne retient pas non plus le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) retenu lors de la première expertise, les critères de la CIM-10 n'étant pas rejoints. Il est d'ailleurs convaincu qu'il en était de même lors de l'expertise du Dr V.\_\_\_\_\_. A noter que les critères de gravité développés par le Tribunal fédéral des assurances (ci-après: TFA) n'avaient pas été discutés par le Dr V.\_\_\_\_\_. Quand bien même le Dr R.\_\_\_\_\_ ne retient pas ce diagnostic, il a effectué une analyse circonstanciée de ces critères qui aboutit à la conclusion qu'il ne saurait y avoir de mauvais pronostic à la reprise d'une activité lucrative. Il note enfin une nette divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, ce qui conduit également, en règle générale, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance.

En conclusion, le Dr R.\_\_\_\_\_ ne retient aucun diagnostic psychiatrique avec répercussion sur votre capacité de travail. Sur le vu des explications développées ci-dessus, nous considérons que

l'administration s'est, à bon droit, écartée des conclusions du Dr V.\_\_\_\_\_ et a privilégié les conclusions du Dr R.\_\_\_\_\_.

En ce qui concerne l'expertise ultérieure organisée par la SUVA auprès du Dr S.\_\_\_\_\_, nous rappellerons que nous l'avons soumise au SMR pour appréciation. Par avis médical du 22 octobre 2007, le SMR relève en premier lieu que l'expert n'a pas non plus retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux (à l'instar des conclusions de l'examen SMR précité). Le seul diagnostic retenu est celui d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive prolongée. Selon la classification internationale des maladies, ce diagnostic est retenu si la symptomatologie anxieuse ou dépressive est d'une intensité insuffisante pour pouvoir retenir un épisode dépressif d'intensité légère ou un trouble anxieux. Une incapacité de travail durable ne devrait donc pas être attribuée à ce diagnostic. Le SMR relève également que l'expert mentionne que l'état de santé est stationnaire depuis 2004 (cf. p. 8), ce qui est confirmé par le SMR, dans la mesure où aucun nouvel élément par rapport à l'examen psychiatrique de 6 juillet 2006 ne figure dans l'expertise. A noter finalement que les propositions concernant la capacité de travail résiduelle faites par l'expert (cf. p. 15) sont difficilement compréhensibles et non motivées par des éléments médicaux objectifs. Nous n'avons dès lors aucune raison de nous écarter des conclusions de l'examen psychiatrique du Dr R.\_\_\_\_\_. Partant, nous avons également écarté les conclusions du Dr S.\_\_\_\_\_.

Enfin, nous pouvons souligner qu'en ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, le Tribunal fédéral des assurances considère comme déterminant que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 157, consid. 1c et les références; RAMA 2000, KV 124 p. 214). 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 125 V 352 consid. 3a, et les références citées, Pratique VSI 2001 p. 108 consid. 3a).

D'autre part, le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 352, consid. 3b/ee et les références citées). Le seul fait que le médecin commis se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur ne permet pas de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation (ATF 122 V 161 consid. 1c).

En l'espèce, il ne fait aucun doute que l'examen psychiatrique effectué au SMR ainsi que l'avis médical subséquent remplissent les conditions fixées par la jurisprudence pour leur accorder pleine valeur probante. On relèvera en particulier que ceux-ci sont clairs,

ne comportent pas de contradictions, tiennent compte de l'entier de votre dossier et expliquent clairement en quoi les avis des autres médecins psychiatres consultés ne sauraient être suivis. Nous considérons par conséquent que nous nous sommes à juste titre fondés sur les conclusions du SMR, au détriment des autres appréciations médicales figurant au dossier. Partant, nous ne pouvons que confirmer que l'examen psychiatrique du SMR n'a pas mis en évidence de diagnostic psychiatrique avec répercussion sur votre capacité de travail. Seules entrent dès lors en ligne de compte les limitations fonctionnelles somatiques. Sur ce plan, l'exigibilité, non contestée au demeurant, reste entière dans une activité adaptée.

En ce qui concerne le grief selon lequel notre position ne saurait être différente de celle de la SUVA, nous pouvons apporter les précisions suivantes. Il est vrai que la notion d'invalidité est en principe, identique en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité. Par conséquent, conformément à la jurisprudence, une évaluation entérinée par une décision entrée en force d'un assureur ne peut pas rester simplement ignorée par un autre assureur qui doit se laisser opposer la présomption d'exactitude de l'évaluation effectuée. Toutefois, une appréciation divergente de celle-ci peut intervenir mais uniquement à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. Peuvent constituer de tels motifs le fait qu'une évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec, l'assuré ou de mesures d'instruction extrêmement limitées ou superficielles ou encore qu'elle n'est pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 293 consid. 2d; 119 V 474 consid. 4a; VSI 2004 p. 185 consid. 3; arrêt B. du 7 juin 2005, I 766/04).

En l'espèce, dans la mesure où l'évaluation de la SUVA (cf. décision du 28 juin 2007) se fonde exclusivement sur les conclusions du Dr S. \_\_\_\_\_ - que le SMR a, à notre sens, valablement écartées - nous sommes d'avis que la position de la SUVA n'est pas du tout convaincante. Dans la mesure où, pour déterminer le taux d'invalidité les documents médicaux sont primordiaux et qu'en l'occurrence nous ne nous fondons pas sur les mêmes conclusions médicales, nous considérons que c'est à bon droit que nous nous sommes éloignés de l'évaluation du taux d'invalidité de 50% faite par la SUVA.

Il convient enfin de signaler que nous avons modifié le revenu sans invalidité qui n'a pas été déterminé correctement dans le projet incriminé. En effet, le revenu initialement retenu d'un montant de CHF 54'185.15 se basait sur des renseignements fournis par votre ancien employeur qui ne tenaient pas compte de votre qualification, soit du CFC de charpentier que vous avez obtenu en l'an 2000. Après avoir questionné la Fédération vaudoise des entrepreneurs, vous auriez pu escompter percevoir un revenu annuel brut de CHF 63'005.- en tant que menuisier qualifié à 100%. Pour ce qui est du revenu d'invalidité, nous pouvons entériner le revenu retenu de CHF 52'025.55.-. Votre taux d'invalidité doit dès lors être fixé à 17% au lieu des 4% indiqués dans le projet de décision. En ce qui concerne le droit à des mesures d'ordre professionnel, nous pouvons souligner qu'une telle démarche avait été examinée. Toutefois, dans la mesure où vous vous estimiez incapable de travailler à plus de 50%, la condition de la capacité subjective de réadaptation n'était

pas présente. Nous avons dès lors mis fin à notre collaboration. Nous considérons que la capacité subjective fait toujours défaut dans la mesure où vous revendiquez le droit à une demi-rente d'invalidité et que vous contestez de ce fait l'exigibilité médicale reconnue dans une activité adaptée. Partant, nous ne pouvons que confirmer que le droit à des mesures professionnelles n'est pas ouvert.

En conclusion, et sur le vu de ce qui précède, les arguments avancés dans le cadre de l'audition ne sauraient être de nature à modifier notre position. Par conséquent, nous ne pouvons que confirmer le projet de décision incriminé".

**c)** Le 7 octobre 2008, l'OAI a rendu une décision allouant à l'assuré une rente entière du 1<sup>er</sup> janvier 2001 jusqu'au 30 septembre 2003. Puis, estimant que l'assuré pouvait prétendre à un salaire auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, soit - compte tenu des diverses adaptations et d'un abattement de 10% - un salaire annuel de 52'025 fr. 68, le revenu annuel sans invalidité retenu étant de 63'005 fr., l'OAI a fixé le degré d'invalidité à 17,43%. Pour le surplus, cette décision reprend le projet du 16 janvier 2008.

**D.** Par acte du 5 novembre 2008, X.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision. Il soutient, d'une part, que le rapport d'expertise du Dr V.\_\_\_\_\_ et celui du Dr S.\_\_\_\_\_ ne sont pas contradictoires mais concordants et, d'autre part, que la décision de la CNA n'est pas manifestement erronée, de sorte que son degré d'invalidité doit également être arrêté à 50% en matière d'AI. Il conclut à ce qu'une demi-rente lui soit allouée pour la période postérieure au 30 septembre 2003.

L'OAI s'est déterminé le 11 février 2009, concluant au rejet du recours.

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

**1.** **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; 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 - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - 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, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 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]).

**2.** Dans son recours, X.\_\_\_\_\_ critique la décision de l'OAI dans la mesure où celle-ci ne tient pas compte d'une incapacité de travail liée à l'atteinte psychiatrique. En revanche, il ne conteste pas l'évaluation somatique.

Il fait d'abord valoir la pertinence des expertises V.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, puis la coordination avec la CNA.

**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 *in fine* LAI). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 est réputée incapacité de gain, 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'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215, consid. 7.2, et les références citées). Toute personne qui demande des prestations de l'assurance-invalidité doit, préalablement, faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité; il incombe au recourant, fût-ce au prix d'un effort considérable, de diminuer le dommage résultant de son atteinte à la santé (ATF 113 V 22, RCC 1987 p. 458). Suivant les circonstances, l'obligation de réduire le dommage peut s'étendre aux domaines les plus divers (auto-réadaptation, changement de domicile, obligation de se soumettre à une mesure de réadaptation professionnelle ou médicale, etc.). Toutefois, on ne peut exiger du recourant que des mesures qui sont raisonnablement exigibles compte tenu de toutes les données objectives et subjectives (RCC 1985 p. 328; 1987 p. 458).

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201], lorsque la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est capable de travailler (ATF 125 V 261, consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261, consid. 4; 115 V 134, consid. 2; 114 V 314, consid. 2c; 105 V 158, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes

de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a, et les références citées; 134 V 231, consid. 5.1). Lorsque sont présentes simultanément des atteintes sur les plans somatique et psychique, le taux d'incapacité de travail ne résulte pas de la simple addition ou de la moyenne de deux taux d'incapacité de travail (d'origine somatique et psychique), mais procède bien plutôt d'une évaluation globale (TFA I 131/03 du 22 mars 2004, consid. 2.3, et les références; I 143/03 du 26 mai 2003, consid. 3.3).

En outre, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170, consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C\_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3)

**c)** La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité.

Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré, La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière, un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur, car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur. L'assureur doit ainsi se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Par exemple, le Tribunal fédéral a considéré comme insoutenable une appréciation des organes de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle

s'écarterait largement de l'évaluation de l'assureur-accidents, laquelle reposait sur des conclusions médicales convaincantes concernant la capacité de travail et l'activité exigible ainsi que sur une comparaison des revenus correctement effectuée (ATF 126 V 288, consid. 2d; 119 V 474, consid. 4a; voir aussi RAMA 2000 n° U 406 p. 402 s., consid. 3; 2001 n° U 410 p. 73, consid. 3; TFA U 222/03 du 19 juillet 2004; U 288/03 du 24 mars 2004; I 564/02 du 13 janvier 2004).

**3. a)** En l'espèce, la CNA s'est fondée sur l'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_ pour finalement considérer que l'incapacité de travail du recourant devait être arrêtée à 50% (décision du 28 juin 2007).

Il convient de remarquer que ce taux de 50% résulte d'une discussion du Dr S.\_\_\_\_\_ avec le recourant. Ce médecin lui a demandé s'il était d'accord de travailler à 50%. C'est suite à son approbation que le Dr S.\_\_\_\_\_ a fixé l'incapacité de travail sur le plan psychique à 16%, en déduisant le taux d'incapacité de gain sur le plan somatique retenu par la CNA dans sa décision du 30 août 2005, soit 34%, de 50% - taux auquel le recourant accepte de travailler. Il ressort donc que l'incapacité de travail n'a pas été estimée par le médecin seul et que cette évaluation ne repose pas sur des éléments objectifs. Par ailleurs, le taux de 34% retenu par la CNA représente la diminution de la capacité de gain mais non l'incapacité de travail. Or, il ressort de la décision de la CNA du 30 août 2005 que le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée. En outre, compte tenu du fait que le taux de l'incapacité de travail ne résulte pas de la simple addition d'un taux d'incapacité de travail d'origine somatique avec un taux d'incapacité de travail d'origine psychique, mais procède d'une évaluation globale, la détermination du taux d'invalidité réalisée par le Dr S.\_\_\_\_\_ n'apparaît pas comme conforme au droit. Pour ces différents motifs, on ne peut considérer que l'expertise S.\_\_\_\_\_, qui ne repose pas sur une appréciation réelle et médicale de la capacité de travail de l'assuré, permette d'évaluer à satisfaction de droit son incapacité de travail sur le plan psychique. Au demeurant, si l'on devait suivre le Dr S.\_\_\_\_\_ et arrêter l'incapacité de travail sur le plan psychique à 16%, son revenu annuel d'invalidé en 2003

se monterait à 43'701 fr. 47 (= [57'806 fr. 18 - 16%] - 10%), de sorte que, compte tenu d'un revenu annuel sans invalidité en 2003 de 63'005 fr., le degré d'invalidité serait de 30,64% et s'avèrerait ainsi, en tout état de cause, insuffisant pour l'ouverture d'un droit à la rente.

S'agissant du diagnostic posé par ce médecin, à savoir un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive prolongée, il est retenu lorsque la symptomatologie anxieuse ou dépressive est d'une intensité insuffisante pour pouvoir retenir un épisode d'intensité légère ou un trouble anxieux. Pour cette raison déjà, une incapacité de travail ne peut être attribuée à un tel diagnostic. Au demeurant, le Dr S. \_\_\_\_\_ ne motive notamment pas pour quelle raison cette atteinte rendrait toute mise à profit de la capacité de travail irraisonnable (cf. ATF 135 V 215, consid. 6.1.1, et la référence). On ne peut dès lors retenir qu'un tel diagnostic justifie objectivement la reconnaissance d'une incapacité de travail. En tout état de cause, l'accident subi par le recourant doit être qualifié de banal, de sorte qu'il convient de nier d'emblée l'existence d'un lien de causalité adéquate entre la chute du recourant et les troubles psychiques rapportés par le Dr S. \_\_\_\_\_, d'autant plus que les critères posés par la jurisprudence ne se cumulent pas ni ne revêtent une intensité dans une mesure suffisante à cette fin (cf. ATF 129 V 402, consid. 4.4.1; TF 8C\_262/2008 du 11 février 2009, consid. 3.1).

Au vu de ce qui précède, l'évaluation du Dr S. \_\_\_\_\_ n'est ainsi pas convaincante, de sorte qu'il convient de s'en écarter.

En ce qui concerne l'expertise précédente - soit celle du Dr V. \_\_\_\_\_ -, elle est en contradiction avec l'expertise S. \_\_\_\_\_ dans la mesure où elle reconnaît une incapacité de travail de 70%. Il est question de troubles somatoformes douloureux sans que les critères correspondant ainsi qu'un éventuel caractère invalidant ne soient toutefois examinés. Par ailleurs, l'expertise V. \_\_\_\_\_ retient, sans le motiver - notamment sans examiner la situation sous l'angle des critères du CIM-10 -, un état de stress post-traumatique. Selon le CIM-10, ce trouble constitue une réponse

à une situation ou à un évènement exceptionnellement menaçant ou catastrophiques et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus (F43.1). Or, le recourant présentait uniquement quelques réviviscences de l'accident, une à plusieurs fois par jour durant quelques minutes, sans que cela ne domine son vécu. En outre, les critères pour l'existence d'un tel trouble ne se retrouvent pas lors de l'examen psychiatrique du SMR réalisé par le Dr R.\_\_\_\_\_. Dans ces circonstances, on ne peut reconnaître le caractère invalidant, voire l'existence même d'une telle atteinte, des symptômes d'état de stress post-traumatique ne suffisant pas à poser le diagnostic. Quant au trouble dépressif, il était en rémission partielle à l'époque de l'expertise V.\_\_\_\_\_, ce malgré le fait que le recourant ne prenait pas l'antidépresseur prescrit (absence de compliance au traitement prescrit). Selon le Dr R.\_\_\_\_\_, ce trouble n'existait pas au moment où le Dr V.\_\_\_\_\_ a pratiqué son examen.

De manière générale, cette expertise est discutée dans le rapport d'examen psychiatrique SMR, établi par le Dr R.\_\_\_\_\_, lequel a estimé que l'incapacité de travail retenue par le Dr V.\_\_\_\_\_ n'était pas justifiée. En tout état de cause, en l'absence de compliance au traitement anti-dépresseur, il convient de retenir que le recourant n'avait pas entrepris tout ce qui était exigible de sa part pour diminuer son dommage. Par conséquent, l'incapacité de travail arrêtée par le Dr V.\_\_\_\_\_ n'apparaît pas comme pertinente ni fondée, de sorte qu'il convient de s'écarter de ses conclusions.

En ce qui concerne le rapport d'examen psychiatrique du Dr R.\_\_\_\_\_, celui-ci est fouillé, détaillé et complet. Il discute et analyse chaque divergence d'avec l'expertise V.\_\_\_\_\_ et explique de façon convaincante pour quelles raisons il estime que celle-ci ne peut être suivie. Il a notamment discuté des critères de Mosimann pour exclure un trouble somatoforme douloureux. Etant cohérent et exempt de contradictions – au demeurant, le recourant n'a su susciter le moindre doute quant à la validité de ce rapport –, il convient de retenir, à l'instar de

ce médecin, que la capacité de travail de l'assuré, sur le plan psychiatrique, est entière dans toute activité.

**b)** Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que, sur le plan somatique, la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée – ce qu'il ne conteste par ailleurs pas – et qu'il en va de même, sur le plan psychique, dans toute activité. Dans ces circonstances, la capacité de travail globale du recourant est entière dans une activité adaptée.

En reprenant les revenus 2003 déterminés par l'OAI, lesquels n'ont pas par ailleurs pas été contestés par le recourant, on constate que le degré d'invalidité de celui-ci est de 17,43%, ce qui est insuffisant pour l'ouverture d'un droit à la rente. C'est dès lors à bon droit que l'OAI a supprimé la rente du recourant au 30 septembre 2003, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé (juillet 2003; cf. art. 88a al. 1 RAI).

**4.** En définitive, le recours mal fondé doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

**prononce :**

- I. Le recours déposé le 5 novembre par X.\_\_\_\_\_ est rejeté.
- II. La décision rendue le 7 octobre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est maintenue.
- III. Les frais de justice, arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont mis à la charge du recourant X.\_\_\_\_\_.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président:

Le greffier:

**Du**

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

- Me Jean-Marie Agier, Intégration Handicap, service juridique (pour X.\_\_\_\_\_),
- 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: