

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 janvier 2012

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mmes Di Ferro Demierre et Pasche
Greffier : M. Tissot

Cause pendante entre :

X._____, à Clarens, recourant, représenté par Me Romano Buob, avocat
à Vevey,

et

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

Art. 6ss LPGA; 4 et 28 LAI; 88a RAI

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le 15 novembre 1963, a déposé le 18 avril 2006 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), en vue d'obtenir une orientation professionnelle, un reclassement, une rééducation dans la même profession ou encore un placement. L'assuré mentionnait qu'il avait travaillé comme charpentier pour J._____ et était en incapacité de travail complète, dès le 13 juin 2006, du fait d'une fracture ischio-ilio-pubienne à droite, d'un petit arrachement osseux au niveau S1 à droite, d'une fracture de l'aileron sacré à droite, d'un hémangiome D9 et d'un traumatisme crânio-cérébral (TCC).

Dans une déclaration de sinistre LAA du 13 juin 2005, l'assuré expliquait avoir chuté d'un échafaudage, le 10 juin 2005, sur un chantier à [...].

Dans un rapport médical intermédiaire du 31 août 2005 à l'intention de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA ou la SUVA), le Dr T._____, spécialiste en médecine interne et générale, a posé les diagnostics de status post-fracture des branches ischio-ilio-pubiennes à droite, de petit arrachement osseux au niveau S1 à droite et de fracture de l'aileron à droite et hémangiome D9. Il faisait état d'une évolution satisfaisante malgré la persistance de douleurs principalement costales gauches et lombaires avec irradiations en ceinture ainsi que d'un traitement antalgique et physiothérapeutique.

A la demande de son médecin traitant, l'assuré a été examiné le 21 septembre 2005 par le Dr V._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA. L'assuré déclarait alors souffrir encore de douleurs de l'hémi-bassin droit et de douleurs costales, avoir des vertiges occasionnels ainsi que des flash-backs de l'accident. Le médecin préconisait une dynamisation de la réadaptation par un séjour à

la Clinique [...] (ci-après: la Clinique F. _____), ainsi que pour bilan global incluant l'aspect psychiatrique.

Le 12 décembre 2005, la Clinique F. _____, où l'assuré avait séjourné du 4 octobre 2005 au 16 novembre 2005, a établi, par le Dr S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en médecine physique et de réadaptation, un rapport selon lequel:

"A l'admission, le patient se plaint de douleurs du bassin à D, augmentant à la marche parfois insomniantes, sans irradiation dans le MID. Le patient allègue également des douleurs du flanc G, en regard des côtes, augmentant à la respiration profonde, lors de la toux, l'empêchant de dormir en décubitus latéral G. Le patient se plaint également de troubles non spécifiques, sous forme de vertiges non rotatoires, d'instabilité à la marche, de troubles visuels mal systématisés, des difficultés de concentration, un tinnitus intermittent, fluctuant à G et à D, prédominant la nuit. En fin de journée, le patient présente des céphalées globales. Depuis l'accident, il évoque une asthénie chronique, ainsi qu'un moral bas.

Au status d'entrée, le patient est très peu motivé, passif, il présente un ralentissement psychomoteur. Au niveau de la hanche D, la trophicité musculaire de tous les groupes est conservée. La palpation de la crête iliaque est sensible, ainsi que de la branche iliopubienne. La mobilité est conservée dans tous les axes. Absence de limitation fonctionnelle est clairement objectivée.

Le bilan radiologique à notre disposition montre une fracture consolidée, sans déplacement secondaire. La RX du thorax est sp. La colonne lombaire montre de petits pincements postérieurs L5-S1, et la colonne dorsale, des séquelles de Scheuermann.

Un consilium psychiatrique met en évidence quelques symptômes d'un état de stress post traumatique (quelques intrusions, des conduites d'évitement et hyperéveil), ils sont cependant insuffisamment nombreux et sévères, pour qu'on retienne ce diagnostic. Seul le diagnostic de trouble de l'adaptation avec anxiété est posé.

Vu la notion de perte de connaissance mentionnée par le patient, un examen neuropsychologique et un consilium neurologique sont pratiqués. Le bilan neuropsychologique montre des troubles mnésiques modérés sur le plan antérograde, en modalité verbale, ainsi que des difficultés de la mémoire de travail. S'y associe un très discret fléchissement exécutif, se manifestant par des difficultés de programmation et d'inhibition. Un suivi régulier pendant le séjour permet la normalisation de la mémoire de travail auditivoverbale. Il persiste cependant une fluctuation des performances attentionnelles corrélées aux céphalées du patient. Un suivi ambulatoire n'est pas retenu. L'examen neurologique est dans les limites de la norme sans signe de focalisation et sans argument pour la réalisation d'autres examens diagnostiques. L'ensemble du tableau et les multiples

plaintes peuvent correspondre à un TCC léger. Le neurologue relève également la persistance d'une altération du contrôle postural, sans signe pouvant évoquer la possibilité d'une participation vestibulaire périphérique. Dans ce contexte, une prise en charge en physiothérapie pour posturographie a permis d'améliorer lentement les symptômes. Pour les troubles de la concentration, décrits par le patient, un traitement de Ginkgo biloba a été introduit.

Durant le séjour, M. X. _____ a suivi un programme de physiothérapie, avec des traitements individuels actifs, tels que mobilisation lombaire, rééducation à la marche et tonification et proprioception du membre inférieur et du tronc. Des traitements en groupe; sous forme d'entraînement thérapeutique, de piscine, de marche lente et de jeux légers. Subjectivement, le patient ne voit aucune amélioration au niveau des douleurs du bassin, et constate un progrès au niveau de la marche. Objectivement, on observe que le patient peut désormais marcher sans canne, sur une durée de 45min, que le patient est plus confiant, sur ses jambes, lors de la marche, en terrain irrégulier et lors d'exercices d'équilibre sur plans instables.

Une évaluation aux ateliers ayant pour objectif une remise en confiance, avec des activités légères sur des périodes courtes s'est déroulée difficilement. Le patient allègue des douleurs diffuses. Il présente une participation de plus en plus courte, allant jusqu'à ne pas se présenter.

En résumé, il y a discordance entre les éléments objectifs, au niveau clinique ou radiologique, et l'importance du déficit fonctionnel allégué. Au niveau psychosomatique, on retient les diagnostics de trouble de l'adaptation et d'anxiété. Le bilan neuropsychologique met en évidence quelques limitations compatibles avec un TCC léger (à intégrer toutefois dans le contexte de co-morbidité psychosomatique). Si globalement l'évolution est plutôt favorable, avec un mieux au niveau du dynamisme, de la mobilité avec l'abstinence des cannes, on note une motivation qui s'est tassée durant le séjour, avec une participation aux activités qui s'est péjorée. Le patient présente des autolimitations telles que celles relevées au test de R-gym. Il faut toujours motiver et dynamiser le patient, raison pour laquelle nous ne retenons pas l'indication à poursuivre de la physiothérapie. Au niveau psychologique le patient a quelques croyances, socioculturelles qui peuvent interférer avec la prise en charge globale de la rééducation.

Au plan professionnel, nous n'avons pas d'élément objectif somatique qui puisse interférer avec une reprise d'activité progressive. Globalement, le patient présente une certaine fragilité psychosomatique et des facteurs contextuels sont probablement aussi présents. Une reprise thérapeutique serait indiquée, mais imposée dès la sortie de la Clinique, elle a une forte probabilité de se solder par un échec rapide. Après contact avec l'agence Suva de Lausanne, nous proposons que cette reprise soit organisée après qu'un contact soit pris avec le patient et l'employeur.

INCAPACITE DE TRAVAIL ACTUELLE DANS LA PROFESSION D'AIDE-FERBLANTIER: 100% du 04.10.05 au 16.11.05."

Dans un rapport du 5 janvier 2006, le Dr V._____ a relevé que l'assuré avait effectué une tentative de reprise du travail le 23 novembre 2005, mais s'en était allé après deux heures, sans beaucoup d'explications. Le médecin estimait que du point de vue orthopédique la fracture du bassin était sans doute guérie sans séquelles. Il relevait que la Clinique F._____ avait exclu un état de trouble post-traumatique. Le médecin estimait manifeste que l'assuré, convaincu d'être gravement atteint dans sa santé, ne pouvait pas adhérer à la reprise pourtant souhaitable du travail.

Le 6 février 2006, le Dr B._____, spécialiste en neurologie, après avoir examiné l'assuré, a dressé un rapport qu'il concluait ainsi:

"Il s'agit donc d'un patient victime le 10.6.2005 d'une chute d'un échafaudage d'environ 7 mètres, chute ayant entraîné une brève perte de connaissance ainsi qu'une amnésie circonstancielle de quelques minutes et une fracture du bassin.

Actuellement, M. X._____ se plaint encore de douleurs au niveau du rachis et du bassin ainsi que de l'hémitrunc gauche. Il signale des vertiges à type d'instabilité/manque d'équilibre et des céphalées décrites comme de localisation variable et brèves mais se répétant à plusieurs reprises dans la journée.

En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué est en tout point superposable à celui du Dr M._____ effectué le 11.10.2005. On note en effet comme seule anomalie une instabilité aux épreuves de Romberg et des index conjugués à caractère assez démonstratif avec une tendance tantôt à la rétropulsion tantôt à l'antépulsion mais sans latéralisation. Pour le reste, l'examen neurologique est donc sans anomalie, notamment sans autre élément évoquant une atteinte auditivo-vestibulo-cérébelleuse.

L'examen clinique a été complété par un EEG qui est à considérer comme sans anomalie significative.

Compte tenu de l'ensemble des éléments à notre disposition, il est vraisemblable que M. X._____ ait été victime lors de l'événement accidentel du 10.6.2005 d'un traumatisme crânio-cérébral. Etant donné la brièveté de la perte de connaissance et de l'amnésie circonstancielle, on peut considérer qu'il s'est agi d'un TCC mineur en principe peu susceptible d'occasionner des troubles neurologiques à moyen et long terme. Néanmoins, de tels TCC sont connus pour être à l'origine de sensations vertigineuses et de maux de tête. Il est donc vraisemblable que la symptomatologie « neurologique » ait connu/connaisse au moins partiellement une origine post-traumatique. Par contre, le comportement actuel de M. X._____ et l'atypie des troubles de l'équilibre présenté lors des différents examens neurologiques ne permettent pas d'écarter

l'existence de facteurs psychogènes liés au trouble de l'adaptation avec anxiété que présente ce patient. Cette évolution psychique défavorable pourrait également expliquer au moins en partie les discrets troubles neuropsychologiques constatés lors de l'examen à la [C]linique F._____.

La situation risquant de s'enliser et d'évoluer vers une incapacité de travail à moyen et long terme, je pense qu'il conviendrait de compléter le bilan neurologique par un examen otoneurovestibulaire détaillé à demander au Dr Z._____ au [Centre H._____] et une IRM cérébrale, les examens précités visant à déterminer définitivement l'existence ou non d'un trouble de l'adaptation posturale d'origine somatique.

Sur le plan thérapeutique, si le bilan ORL et neuroradiologique ne met pas en évidence d'atteinte somatique importante, je pense que ce patient devrait bénéficier d'un encadrement comportemental/psychologique et si nécessaire d'un traitement anti-dépresseur/anxiolytique afin d'éviter que la situation ne s'enlise définitivement, si cela peut encore être évitable.

J'ajoute qu'une autre raison d'obtenir un bilan otoneurovestibulaire est le fait que ce patient travaille en hauteur et qu'en conséquence, avant de l'envoyer à nouveau sur des échafaudages, il s'agit absolument de se déterminer sur l'existence ou non d'un trouble de l'équilibre organique.

D'ici que le bilan ORL et neuroradiologique soit pratiqué, je pense que la capacité de travail comme aide-charpentier reste nulle. "

Le 22 mars 2006, le Dr Z._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie cervico-faciale, de l'unité d'otoneurologie du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier H._____), a posé les diagnostics de "TCC mineur le 10 juin 2005", "trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse", "trouble neuropsychologie", et "troubles fonctionnels de l'équilibre". Dans ce rapport, le médecin relevait que les différents examens neurologiques n'avaient rien révélé de particulier en dehors d'un trouble du contrôle postural. La discussion et la conclusion de ce rapport étaient les suivantes:

"L'examen otoneurologique est normal sans évidence d'une atteinte vestibulaire organique périphérique ou centrale. Sur le plan fonctionnel, le patient présente par contre une nette perturbation du contrôle de l'équilibre, observée tant aux épreuves cliniques qu'en posturographie. L'IRM cérébrale pratiquée ce jour montre une petite séquelle post-traumatique frontale gauche qui pourrait expliquer les troubles neuropsychologiques. Comme déjà évoqué dans les précédents rapports, l'histoire clinique et le résultat de l'examen parlent en faveur d'un trouble fonctionnel de l'équilibre (désorganisation sensorimotrice) avec altération du schéma

corporel, trouble de la perception du mouvement et de l'espace et difficulté du contrôle postural. Cette symptomatologie s'inscrit dans le contexte d'un syndrome post-commotionnel consécutif à un TCC mineur.

Sur le plan thérapeutique, le patient pourrait être amélioré par une physiothérapie vestibulaire psychomotrice. Le pronostic reste toutefois réservé."

Le 29 mars 2006, le Dr R. _____, nouveau médecin traitant généraliste de l'assuré, a conclu aux diagnostics suivants: "syndrome de stress post-traumatique", "trouble de l'adaptation", "petite lésion SNC frontal post-traumatique", "trouble fonctionnel (équilibre)" et "lombo pygialgies post fracture du bassin".

Après avoir revu l'assuré, le Dr B. _____ a dressé un nouveau rapport, le 22 juin 2006. A l'issue du bilan pratiqué, le neurologue concluait à un trouble fonctionnel de l'équilibre et terminait son rapport comme suit:

"Actuellement, Monsieur X. _____ formule des plaintes sans changement significatif par rapport à la consultation de février 06 si ce n'est que ces dernières paraissent même un peu plus prononcées que préalablement.

En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué permet de retrouver un sujet collaborant mais visiblement extrêmement fixé sur son accident et ses conséquences. L'examen clinique permet de retrouver une discrète limitation de la mobilité du rachis cervico-dorso-lombaire avec provocation de douleurs locales. En station debout et à la marche, on retrouve une marche spontanée se faisant avec une boiterie modérée de décharge antalgique du membre inférieur droit et une légère instabilité sans latéralisation aux épreuves des pieds joints, de Romberg, des index conjugués et à la marche un pied devant l'autre. L'examen des paires crâniennes reste entièrement normal. L'examen des membres supérieurs est également normal si ce n'est que le patient signale actuellement une hypoesthésie tactile et douloureuse globale du membre supérieur gauche que l'on n'observait pas préalablement. A l'examen des membres inférieurs, la manoeuvre de Lasègue est sensible en fin de mouvement à droite avec provocation de douleurs au niveau du bassin et de la région lombaire. L'épreuve des jambes fléchies et des mouvements rapides sont bien effectués ddc mais l'on observe des phénomènes de lâchages étagés au testing de la force musculaire très certainement subjectifs au vu de la bonne préservation de la trophicité musculaire, des réflexes tendineux et cutanés. Il n'y a pas de troubles sensitifs à l'examen des membres inférieurs.

En conclusion, un examen paradoxalement un peu moins bon que le précédent ce qui traduit très certainement une certaine forme de chronicisation des troubles comme toute la situation du sujet l'indique.

J'ai pris note du fait que l'IRM cérébrale a révélé une petite lésion frontale gauche compatible avec une séquelle de lésion traumatique sans que l'on puisse néanmoins l'affirmer. J'ai également pris note du fait que l'examen otoneurovestibulaire s'était révélé sans anomalie significative.

Compte tenu de l'ensemble des éléments à notre disposition, plus encore qu'en mars 06, mon sentiment est que les troubles post-traumatiques indubitables qu'a présenté Monsieur X. _____ se compliquent d'une évolution psychique tout à fait défavorable allant en direction d'une chronicisation des troubles et d'une invalidation complète, le patient ne paraissant pas envisager une reprise d'une activité professionnelle même partielle.

Sur le plan thérapeutique, je n'ai d'autre proposition que la poursuite du traitement actuellement en cours qui paraît tout à fait adéquat.

Compte tenu des éléments susmentionnés, d'un point de vue somatique, il paraît difficile d'admettre une relation de causalité entre les troubles actuels ainsi que leur répercussion sur la capacité de travail et les seules conséquences de l'événement accidentel de juin 2005."

Le 10 juillet 2006, le Dr R. _____ a posé les diagnostics de "status après accident le 10.06.2005", "fracture du bassin, contusion cérébrale frontale, lombo-pygalgies évoluant en totalgie", "trouble de l'adaptation", "syndrome de stress post-traumatique", "trouble (fonctionnel) de l'équilibre". Selon le généraliste, l'état de santé de l'assuré s'aggravait. L'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible, mais on pouvait exiger que l'assuré exerce une autre activité, si son état s'améliorait sur le plan psychiatrique, en évitant toutefois toute activité l'exposant à des chutes. Le Dr R. _____ considérait que l'incapacité de travail était plutôt à rapporter à l'état psychique du patient.

Le 12 juillet 2006, l'ancien employeur J. _____ a indiqué que l'assuré réalisait un salaire de 27 fr. 50 l'heure, à raison de 41 heures 30 hebdomadaires. L'assuré avait commencé son travail le 6 juin 2005. L'employeur indiquait qu'il avait mis fin au contrat de travail avec effet au 2 juin 2006.

Le 23 août 2006, le Dr V._____, médecin-conseil de la SUVA, a reçu l'assuré pour l'examen médical final. Il résultait notamment ce qui suit du rapport faisant suite à cet examen:

"Objectivement, du point de vue orthopédique, je ne peux que répéter que la fracture du bassin était de peu de gravité et qu'elle ne laisse pas de séquelles notables.

Quant au syndrome post-commotionnel, associé à des troubles de l'équilibre, d'allure fonctionnelle, s'agissant d'un trouble subjectif, il ne peut pas indéfiniment être rapporté, sans autre, au léger TCC que le patient a vraisemblablement subi.

En d'autres termes, sa persistance et sa répercussion sur la capacité de travail ont une origine psychogène.

Du strict point de vue somatique, pour les seules suites de l'accident, la capacité de travail est entière et il n'y a pas d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité évaluable."

Le 30 août 2006, le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport selon lequel l'assuré souffrait d'un état de stress post-traumatique, d'un trouble post-commotionnel (frontal) et d'un trouble dépressif majeur, entraînant une incapacité de travail totale depuis la date de l'accident. Le médecin faisait état d'un pronostic réservé compte tenu des comorbidités psychiatrique et somatique, de la durée des troubles sans évolution notable, du caractère maintenant chronique de l'état de stress post traumatique, ce malgré un traitement adéquat et bien suivi. L'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible. Il ne paraissait pas possible au psychiatre d'exiger que l'assuré exerce une autre activité et il disait craindre que, compte tenu du pronostic réservé, la situation ne change pas à court-moyen terme.

Le 4 décembre 2006, la SUVA a rendu une décision selon laquelle elle mettait fin aux prestations d'assurance au 10 décembre 2006, estimant qu'il n'y avait plus de séquelles de l'accident nécessitant un traitement. L'opposition formée par l'assuré a été rejetée par décision du 19 février 2007 et le recours déposé contre la décision sur opposition a été rejeté par arrêt de la Cour de céans du 3 mars 2010 (Casso AA 45/07).

Le 12 janvier 2007, le Dr D._____, spécialiste en anesthésie, du Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) a considéré que le rapport du Dr K._____, et les résultats du consilium psychiatrique effectué lors du séjour de l'assuré à la Clinique F._____ étaient en contradiction. Il a suggéré une expertise psychiatrique permettant d'établir s'il s'agissait d'une évolution de l'état de santé ou d'une appréciation différente.

Une expertise a été confiée au Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu son rapport le 15 octobre 2007. Même si le rapport ne l'a pas mentionné expressément, l'expertise a eu lieu en présence de la femme de l'assuré puisqu'on peut y lire les phrases suivantes : "son épouse explique qu'il peut être colérique [...]", "sa deuxième femme confirme les plaintes de douleurs, et fait comprendre que la relation est très difficile" (ad A 2), "sa femme parle surtout pour lui" et encore "sa femme l'assiste pour s'asseoir, et repart avec lui en le tenant par le bras" (ad A 3). La partie finale de l'expertise a la teneur suivante:

"4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail

Autre épisode dépressif F32.8

Etat de stress post traumatique F43.1

Difficulté liée à l'acculturation Z60.3

Depuis quand sont-ils présents?

L'état de stress post traumatique s'est sûrement cristallisé peu après l'accident.

L'épisode dépressif s'est progressivement installé sûrement sur plusieurs mois après l'accident.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

Aucun.

Depuis quand sont-ils présents?

5. Appréciation du cas et pronostic

L'expertisé a vécu sa chute comme une cassure dans sa vie, qui était auparavant d'après lui sans événement perturbateur majeur. Un terrain pré-morbide fragile permet de comprendre la survenue d'un état de stress post traumatique: à savoir que les relations sont frustes. L'expertisé décrit des contacts superficiels avec ses parents et avec ses frères et soeurs.

La description des relations avec son ex-femme et ses 4 enfants ne relève pas de détails de profondeur sentimentale il y a un manque de richesse dans ses contacts, et la relation avec sa femme actuelle

paraît pauvre sur le plan affectif et sentimental. Ce climat carenciel sur le plan relationnel et le divorce d'avec sa première femme sont des indicateurs d'un état pré-morbide fragile. Sa manière fruste d'exprimer sa vie antérieure a probablement faussé l'appréciation de l'intensité du PTST lors du consilium effectué à la Suva. En tout cas, comme l'expertisé ou sa femme décrivent son état, avec des cauchemars et reviviscences de l'accident, des ruminations et des sursauts et anamnesticquement selon le Dr K. _____, la chute a été une expérience traumatique pour l'expertisé. Il y a eu une perte de connaissance durant quelques minutes, avec fracture du bassin provoquant des douleurs atroces. L'assuré s'est retrouvé par la suite au sol, sans se souvenir de ce qui lui est arrivé, entouré de personnes qui gesticulaient. Il s'est senti perdu et s'est demandé s'il était toujours en vie. Cela a sûrement été vécu comme une expérience de déréalisation, avec phénomène de dissociation. Rappelons aussi qu'un de ses frères est décédé à l'âge de 18 ans d'un accident, ce qui a probablement intensifié les angoisses de mort. Puisque le psychique est quelque chose de difficilement élaborable pour l'expertisé, il présente une fixation sur le physique. C'est pour cela que M. X. _____ s'identifie à un malade physique chronique, quelque chose de plus acceptable dans sa culture et son niveau socioculturel. Le Dr K. _____ a essayé plusieurs schémas thérapeutiques spécifiques quant à la dépression et aux troubles somatoformes, sans amélioration de la symptomatologie. Au contraire il constate une aggravation, et est passé à une phase thérapeutique plutôt d'accompagnement et de soutien, et non plus d'introspection et de mobilisation de ressources internes, qu'il estime épuisées. C'est pour cela que le pronostic chez cette personne est extrêmement réservé.

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique

Veillez voir avec les somaticiens.

Au plan psychologique et mental

L'expertisé se défend des reviviscences et flashbacks par un phénomène de repli sur soi et focalisation sur les troubles somatiques. Un tel état de rigidité psychique ne donne pas à l'expertisé l'accès à une activité professionnelle. Au contraire, il doit se faire assister par sa femme dans toutes les démarches simples physiques, et adopte de plus en plus un état de malade chronique grave.

Au plan social

Le repli psychique, la honte et le sentiment de culpabilité vis-à-vis de ses compatriotes doivent être quelque chose qui l'enferme de plus en plus sur lui-même et qui l'isole davantage sur le plan social.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Comme cité plus haut, l'expertisé n'est pas disponible psychologiquement à s'appliquer dans une activité professionnelle normale. Les tâches quotidiennes ne peuvent s'effectuer qu'avec l'aide de sa femme.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

La capacité résiduelle de travail paraît nulle pour les raisons citées ci-dessus.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heure par jour)?

Non.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui dans quelle mesure?

Le rendement est fortement diminué, probablement aux environs de 0% à cause de sa symptomatologie invalidante.

2.5 Depuis quand, du point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Depuis son accident en octobre 2004.

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

L'incapacité de travail s'est sûrement abaissée en raison de la non reconnaissance asséculo-logique de son accident et son état de stress post traumatique, qui sont bien entendu des phénomènes inconscients et culturels, car pour une telle personne, il est plus facile d'adopter une position de malade chronique pour des raisons physiques plutôt que celle d'un malade psychiatrique chronique.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel ?

Non.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elle envisageables?

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants :

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail
- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social
- la mobilisation des ressources existantes

Un moratoire d'environ 2 ans devrait être posé pour que l'expertisé puisse bénéficier des démarches spécifiques posées par le Dr K._____, et une réévaluation devrait être effectuée après cette période.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent? 2.1 Si oui, par quelles mesures (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

Oui, par des mesures médicales (modification du schéma thérapeutique médicamenteux, consultation ethno-psychiatrique spécialisée, etc.).

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail?

Vu la chronicité de la situation et les faibles capacités d'introspection de l'assuré, avec une problématique de culture surajoutée, notre pronostic est réservé pour une amélioration de la capacité de travail.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e)?

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?

Non.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)?

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons?

Les capacités adaptatives de l'expertisé paraissent être épuisées pour l'instant. Une reconnaissance de son incapacité de travail serait réparatrice, par rapport à la blessure narcissique de la non reconnaissance de la gravité initiale de son affection, et éventuellement lui permettrait une amélioration sur le plan clinique."

Dans une lettre du 20 novembre 2007 à la Clinique P. _____ (où pratique l'expert L. _____), le Dr D. _____, du SMR, a écrit que le rapport du Dr L. _____ ne permettait pas de prendre position médicalement. D'abord, selon le médecin du SMR, les critères du syndrome de stress post-traumatique (F43.1) ne semblaient pas remplis à la lecture du rapport d'expertise. Le Dr D. _____ relevait également un vice de forme de la mesure où l'assuré était accompagné de sa femme qui s'exprimait à sa place. Il relevait aussi l'absence d'un contrôle de la compliance de l'expertisé au traitement prescrit, des éléments pathologiques psychiatriques objectivables extrêmement pauvres et des limitations fonctionnelles retenues qui ne semblaient pas permettre de motiver médicalement une incapacité de travail totale. Le médecin du SMR remarquait également que le début de l'incapacité de travail avait été fixée en octobre 2004, alors que l'accident datait de juin 2005. Il regrettait aussi le manque de propositions thérapeutiques émanant de l'expert, considérant le moratoire de 2 ans suggéré par ce dernier, alors que l'assuré était d'ores et déjà suivi par son psychiatre depuis 18 mois. Le Dr D. _____ contestait également le point de vue de l'expert selon lequel une reconnaissance de l'incapacité de travail de l'assuré serait réparatrice, relevant que l'AI avait pour but une compensation

économique d'un préjudice établi, et pas une reconnaissance du malheur de l'assuré ou une action thérapeutique.

Le 10 mars 2008, le Dr L._____ s'est prononcé sur les questions du SMR et a indiqué avoir reçu l'assuré le 31 janvier 2008 pour un complément d'expertise. Toutefois, l'interprète convoqué à cette occasion ne parlait pas la langue de l'assuré, de sorte que l'investigation avait été menée en "petit français", selon les termes du médecin. Le Dr L._____ fournissait les compléments qu'il avait pu obtenir dans ces conditions. L'examen des dosages plasmatiques effectué établissait que l'assuré n'observait pas bien la médication prescrite.

Par avis du 17 avril 2008, le SMR, par le Dr D._____, a considéré qu'une nouvelle expertise était nécessaire, les compléments apportés par le Dr L._____ étant insuffisants. Le nouvel expert devrait toutefois s'expliquer en cas de divergence d'avec les résultants du premier expert.

Le 15 décembre 2008, le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a établi le nouveau rapport demandé. Le médecin constatait en particulier que l'assuré n'observait pratiquement pas le traitement prescrit. Le taux de substances mesurées ne représentait ainsi qu'une infime partie du niveau thérapeutique exigé. Dans la partie "discussion" de son rapport, l'expert a écrit ce qui suit:

"La situation que vous avez mandatée concerne un homme qui a subi un accident de travail en juin 2005. Travaillant depuis de nombreuses années dans les travaux de charpente et de menuiserie extérieurs, il s'est trouvé sur un échafaudage pour fixer des lames à une maison. Il tombe à un endroit où quelqu'un a enlevé des planches. La hauteur de la chute est déterminée à 7 mètres et l'assuré se fracture une aile de son bassin et se tape la tête. Par la suite, l'atteinte orthopédique est traitée avec succès jusqu'à une posture complète sur ses jambes et une marche autonome. On diagnostique par la suite un « probable traumatisme crânio-cérébral avec légers troubles de déséquilibre et perturbation du schéma corporel ». Les examens radiologiques ont été concordants avec des examens auto-neurologiques spécialisés. Les plaintes quant à cette partie sont présentes jusqu'à ce jour et, argumentées de la part de l'assuré, pour une incapacité de travail. De ce que nous avons pu comprendre du dossier SUVA et l'examen spécialisé, il

découle ici, d'un point de vue médicothéorique, essentiellement des limitations fonctionnelles, notamment évitement de travaux sur des hauteurs, sol instable, etc. Dès lors, toujours d'après ce que nous avons compris (détermination finale) une exigibilité pour une activité adaptée existe sur le plan somatique.

Du côté psychique-psychiatrique, une symptomatologie n'apparaît que tardivement, dans un premier temps, lors des différents examens chez le médecin d'arrondissement, l'assuré est surtout décrit comme taciturne, morose, notion proche de ce que nous avons résumé dans le terme «dysphorique». Un examen psychiatrique spécifique à la Clinique F. _____ a très clairement exclu une pathologie « supérieure » et conclu à un trouble d'adaptation avec légère anxiété.

On trouve dans la phase qui suit des tentatives de réinsérer l'assuré à son entreprise où des travaux adaptés sont proposés. Les descriptions dans le dossier évoquent cependant un homme qui est déjà oppositionnel, indiquent qu'il ne peut pas lever ses bras et entre dans plusieurs altercations avec les personnes de l'entreprise. C'est à ce moment charnière que l'appréciation personnelle glisse vers la notion d'une invalidité qui est, ensuite, de plus en plus argumentée et accentuée. On trouve ici une description très parlante dans la dernière expertise psychiatrique de P. _____.

Dans cette deuxième phase, le médecin traitant ainsi que le psychiatre mandaté, argumentent avec la présence d'un état dépressif important, de même un état de stress post-traumatique. Sur cette base et la gravité du tableau psychiatrique, l'expert psychiatre conclut non seulement à une incapacité de travail complète mais aussi à la nécessité d'une rente « pour reconnaissance ».

Dans l'examen d'aujourd'hui, l'assuré est essentiellement dans une plainte globale, argumentant avec « sa vie détruite » après l'accident, un syndrome douloureux et un moral bas. Dans les plaintes et dans l'anamnèse, il n'y a pas de répartition typique en faveur d'un état dépressif.

En examen, nous avons vu un homme qui était oppositionnel à plusieurs niveaux: il a mal accepté la présence d'un interprète qui, pourtant, était annoncée et estimée nécessaire, vu qu'il avait pris sa femme pour traduire dans tous les examens précédents. Il était oppositionnel aussi sur le principe, peu enclin de donner des réponses, se bornant au strict minimum, et répondant parfois à la limite de l'insolence. Probablement, c'est le fait qu'il était en présence de deux hommes « cadrants » qu'il n'a pas dérapé davantage. Tout notre examen, de même que les tests complémentaires, ont souligné la présence d'un tableau dysphorique avec fort mécontentement par rapport au traitement juridique et sa situation, mécontentement avec son état physique, mécontentement avec sa situation financière, mal-être diffus, déception de vie, irritabilité, agressivité sous-jacente, humeur morose et maussade, etc. Cette panoplie de symptômes ressemble dans son expression extérieure à un état dépressif léger, mais ne doit pas être confondu avec un état dépressif dans le sens clinique du terme. Tout au plus, il nous semble admis de mettre un état dysphorique en analogie avec le terme de «dysthymie», à savoir des fluctuations d'humeur de durée et d'intensité variable, sans

atteindre ceux d'un état dépressif. Pour clarifier cette notion. Voici les critères à appliquer pour un état dépressif :

TROUBLE DÉPRESSIF (F 32)

[...]

Résumé, conclusions : Critères insuffisants pour diagnostic

Nous ne retenons pas la notion d'un trouble somatoforme douloureux. Avec les différentes plaintes de l'assuré, on pourrait penser à cette notion, mais il existe ici tout de même une problématique physique identifiable et chronique d'autre part, absence d'un élargissement douloureux. De toute manière, les critères en faveur d'une invalidité ne sont pas remplis: l'assuré ne souffre pas d'une co-morbidité psychiatrique moyenne ou sévère, il dispose toujours d'un certain réseau social.

L'application du terme d'un état de stress post-traumatique nous paraît exclue pour plusieurs raisons. Tout d'abord la notion ne paraît que tardivement. Ensuite, l'assuré n'évoque chez nous plus du tout des pensées intrusives, flashback ou perturbations du sommeil. Troisièmement, sa description détaillée du déroulement de l'accident était visiblement sans aucun émoussement émotionnel, parfaitement neutre et factuel. Il nous a souligné la rapidité de l'événement où il n'avait pas le temps de réagir ou de penser, le moment où il se trouvait un peu étourdi par terre et les premières paroles qu'on lui adressait où il a reconnu probablement l'architecte de la maison en construction. Pour tout ce qui suit l'accident, ce sont essentiellement la révolte contre les séquelles et le fait que le coupable de l'accident n'a pas été identifié jusqu'à ce jour. L'assuré est ici même dans une sorte de globalisation du type « la justice n'est pas faite pour des gens comme nous... ».

Finalement, il n'y a pas d'autres éléments psychiques et psychiatriques à retenir et en particulier notre examen différencié n'a pas entré d'autres particularités que des défenses caractérielles. Ces dernières sont par contre massives et il y a ici probablement une sorte d'accentuation avec les années. Dans la discussion, l'assuré laisse une petite porte ouverte à l'évolution en disant qu'on pourrait lui proposer éventuellement, à l'essai, un travail adapté. Autrement, la situation est co-influencée par de nombreux facteurs extramédicaux, à savoir :

- problèmes d'acculturation (comme mentionné par expert précédent)
- tendance revendicatrice,
- absence de formation certifiée,
- manque de motivation,
- problèmes sociaux cumulés,
- dettes,
- besoins familiaux.

Force est de constater que ces éléments représentent une bonne partie de l'argumentation de l'assuré et qu'elle relativise très largement les constats purement médicaux.

VIII. diagnostic et conclusions :

Avec l'ensemble des éléments discutés ainsi que nos analyses effectuées, nous retenons sur le plan diagnostique psychiatrique :

Dysthymie (34.1 CIM-10).

Comme explicité ci-dessus, nous avons utilisé cette terminologie en analogie pour celui de dysphorie. Il existe de plus de nombreuses défenses caractérielles, mais qui ne sont pas à mettre sur le compte d'un trouble véritable de la personnalité. Selon notre appréciation, l'assuré a toujours les ressources et moyens pour mettre ses forces en faveur d'une intégration s'il le veut bien, il existe aussi des tendances à la majoration, mais pas suffisamment « fixées » pour les retenir sous forme d'un diagnostic à part.

Après pondération, l'exigibilité sur le plan purement psychiatrique-psychologique nous paraît entière, dans le cadre qui est/sera déterminé sur le plan somatique pour une activité adaptée, l'assuré est, au point de vue psychique, apte à l'investir. Une reprise d'activité pourrait même avoir un effet réparateur et « anti-dysthymique » pour son état. Il est en parallèle à souhaiter que la procédure juridique trouve une réponse claire sans laquelle l'assuré ne pourra pas faire véritablement le deuil sur l'événement accidentel et ses séquelles.

IX. Réponses aux questions:

A. Questions cliniques

[...]

4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail
Depuis quand sont-ils présents?

Réponse: Néant

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail
Depuis quand sont-ils présents?

Réponse: Dysthymie

5. Appréciation du cas et pronostic

Réponse: Veuillez vous référer aux deux derniers chapitres VII et VIII de l'expertise (discussion, diagnostic et conclusions) où les réponses sont explicitées.

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés au plan physique

Réponse : Veuillez vous référer aux données somatiques

au plan psychique et mental

au plan social

Réponse: Fluctuations d'humeur

2. Influence des troubles sur la capacité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail?

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)?

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

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

Réponse: La plus grande partie des réponses à ces questions est déposée dans les chapitres VII et VIII de l'expertise.

Dans cette situation le diagnostic de dysthymie n'a aucune conséquence sous forme d'incapacité de travail ni diminution de rendement.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel?

Réponse: En dehors des questions de motivations, oui

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants:

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail
- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social
- La mobilisation des ressources existantes

Réponse: Non

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

2.1 Si oui, par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail?

Réponse: Il n'y a pas de poste de travail récent.

3. d'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré?

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une nouvelle activité?

3.2 dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)?

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

3.4 Si plus aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons?

Réponse : d'un point de vue psychiatrique, l'assuré pourrait faire toutes les activités accessibles avec ses formations et ses expériences professionnelles.

Remarques et/ou autres questions :

Réponse: Néant. "

Le 5 février 2009, le Dr D._____ a établi un avis médical selon lequel l'évolution sur le plan somatique avait été favorable avec une guérison sans séquelles. Sur le plan psychique, le médecin du SMR considérait que l'expertise du Dr Q._____ avait pleine valeur probante. Il en concluait que la capacité de travail de l'assuré, nulle après l'accident, avait de nouveau été totale, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée, cela dès le 11 décembre 2006.

Le 23 février 2009, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'Office) a rendu un projet de décision selon lequel il reconnaissait à l'assuré une incapacité de travail totale du 10 juin 2005 au 11 décembre 2006. L'assuré avait donc droit à une rente complète du 10 juin 2006 au 31 mars 2007, tenant compte, au début de l'incapacité, d'un délai d'attente d'un an et à la fin, d'un délai de trois mois à l'issue duquel une amélioration justifiait que la rente soit adaptée, et en l'espèce supprimée.

Par courrier du 26 mars 2009, l'assuré a formulé des objections à l'encontre du projet de décision considérant notamment que l'instruction était lacunaire, parce que la SUVA aurait de son côté reconnu l'existence d'une maladie. Il mettait en particulier en doute l'expertise du Dr Q._____.

Dans un avis SMR du 31 juillet 2009, le Dr D._____ s'est expliqué sur ces points, considérant que la position de l'office suivait celle de la SUVA sur l'aspect somatique, seul investigué et pris en compte par l'assureur-accident. S'agissant de l'aspect psychiatrique, c'est l'OAI qui avait procédé aux investigations, et cela de manière complète et probante. Sur cet aspect, le médecin du SMR expliquait la prise en compte de l'expertise du Dr Q._____ au détriment de celle du Dr L._____, qui présentait notamment des vices de forme et dont les conclusions étaient fondées essentiellement sur des éléments subjectifs.

Le 7 août 2009, l'Office a écrit ce qui suit à l'assuré:

"Par décision du 4 décembre 2006, la SUVA a mis fin à ses prestations au 10 décembre 2006 pour les suites de l'accident du 10.06.2005, après avoir constaté «qu'il n'y a plus, aujourd'hui, de séquelles de l'accident nécessitant un traitement.» Les seuls troubles susceptibles de réduire la capacité de travail sont des troubles psychogènes qui ne sont pas en relation de causalité adéquate avec l'accident.

Après des investigations médicales complètes à la Clinique F._____, auprès du médecin d'arrondissement et chez le Dr B._____, la SUVA a rendu une décision clairement motivée sur le plan somatique, à laquelle nous nous sommes ralliés.

Nous avons investigué les troubles psychogènes, non pris en compte par la SUVA, en menant une instruction psychiatrique complète permettant de nous déterminer sur l'état de santé global de l'assuré.

Notre position ne suit donc la décision de la SUVA qu'en ce qui concerne l'aspect somatique. Les troubles psychiques ont été investigués par nos soins de manière complète et probante.

Concernant l'appréciation psychiatrique, nous avons écarté l'expertise psychiatrique du Dr L._____ pour plusieurs motifs qui ressortent de nos précédents avis et courriers et qui se résument ainsi :

- l'expertise du Dr L._____ comporte un vice de forme par le fait qu'elle s'est déroulée en présence d'un membre de la famille, qui de surcroît répondait à la place de l'expertisé.
- le diagnostic de stress post-traumatique retenu par cet expert ne remplit pas les critères d'une classification internationale reconnue, comme l'exige la jurisprudence. L'état de stress post-traumatique a également été nié par le psychiatre de la Clinique F._____, ainsi que par le Dr Q._____ avec une justification claire.
- Les conclusions de l'expertise du Dr L._____ sont basées essentiellement sur des éléments subjectifs, alors que les constatations cliniques objectives sont très pauvres.
- L'expert justifie en partie la nécessité d'octroyer une rente par la «reconnaissance de son incapacité de travail», ce qui n'a jamais été un motif d'octroi de rente selon la loi. Il prend en compte également de nombreux facteurs extra-médicaux dont nous ne devons pas tenir compte dans l'appréciation médicale de la capacité de travail exigible au sens de l'Al.
- Le complément d'expertise du 10.03.2008 a eu lieu en présence d'un interprète ne parlant pas la langue de l'assuré. Les compléments apportés par l'expert dans ce rapport n'étant par ailleurs pas pertinents, ce rapport n'a pas plus valeur probante que le premier. De ce fait nous avons été contraints de mandater une nouvelle expertise psychiatrique afin de pouvoir statuer sur la base d'un rapport probant comme l'exige la jurisprudence.
- Si nous avons suivi les conclusions de l'expertise du Dr Q._____, c'est que son rapport a pleine valeur probante et non pas parce

qu'elles sont « en faveur de l'assurance », comme nous le reproche le conseil de l'assuré.

- Les avis des médecins traitants, le Dr R. _____ et le Dr K. _____, nous sont connus puisque leurs rapports figurent au dossier. Ils attestent tous deux une incapacité de travail totale sur la base de diagnostics qui ont été infirmés avec une argumentation convaincante par les experts. C'est donc à juste titre que nous avons suivi les conclusions des médecins de la SUVA et du Dr Q. _____ plutôt que celui des médecins traitants.

En conclusion, l'instruction médicale a été conduite dans les règles de l'art et les conclusions du SMR s'appuient sur des rapports complets et probants. Votre opposition n'apporte aucun élément nouveau susceptible de remettre en question notre position, que nous maintenons."

Le 14 septembre 2009, le Dr R. _____ a écrit dans une attestation médicale que l'état de santé général du recourant (visite médicale et post-traumatique ainsi que psychologique) requérait alors une incapacité de travail de 100%.

Le 8 février 2010, l'Office a rendu une décision conforme au projet.

B. Par recours du 15 mars 2010, X. _____ a conclu à l'octroi d'une rente au-delà du 31 mars 2007. Il faisait valoir que la décision était arbitraire, car basée sur des investigations qui n'étaient ni suffisantes, ni convaincantes. Le recourant critiquait ainsi l'absence d'analyse somatique actualisée, mais aussi les divergences existantes au plan psychiatrique entre d'un côté les conclusions du psychiatre médecin traitant et du premier expert et d'un autre côté, celles, retenues par l'OAI, du second expert. Au titre des mesures d'instruction, le recourant sollicitait l'audition de son épouse et de son psychiatre traitant, le Dr K. _____. Il requérait aussi la mise en œuvre, à titre principal, d'une expertise pluridisciplinaire et, à titre subsidiaire, d'une nouvelle expertise psychiatrique. Il déposait à l'appui de son recours un courrier du 8 mai 2009, du Dr K. _____, qui écrivait au conseil de l'assuré ce qui suit:

"J'ai revu mon patient susnommé en date du 5 mai 2009. Il m'a délié du secret médical à votre égard. Je vais m'efforcer de répondre aux questions que vous me posez, afin que vous puissiez défendre au mieux ses intérêts dans le cadre du litige qui l'oppose à l'Office AI.

1. Maintenez-vous les diagnostics indiqués dans votre rapport à l'AI du 30 août 2006?

Oui.

2. Quels sont les éléments justifiant, à votre sens, le diagnostic d'état de stress post traumatique (contesté par le SMR, estimant que les critères énumérés dans la CIM 10 ne sont pas remplis)?

A l'époque de mon évaluation pour établir le rapport cité au point 1, le patient se plaignait, depuis son accident, de présenter des rêves récurrents de chute, et de se retrouver au sol, entouré d'étrangers lui disant de se relever, rêves qui s'accompagnaient d'un sentiment de détresse; il décrivait des impressions plusieurs fois par semaine de revivre subitement la scène du réveil après la chute (flash-back), ou d'avoir comme un bruit qui lui monte à la tête quant il est exposé à un indice qui lui rappelle quelque chose de l'accident; j'observais un évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et un émoussement de la réactivité, avec une amnésie péri-traumatique, un évitement du lieu de l'accident et des anciens collègues de travail, un manque d'intérêt pour bon nombre d'activités, un sentiment de détachement vis-à-vis de l'entourage et des intérêts habituels; le patient craignait également de sortir seul et de se trouver sans secours s'il devait chuter. Tous ces éléments parlaient clairement en faveur d'un état de stress post-traumatique.

3. Même question pour les troubles dépressifs majeurs?

J'ai à l'époque également objectivé un tableau dépressif, compatible avec un trouble dépressif majeur, qui paraissait être apparu progressivement et secondairement au trouble post-traumatique: tristesse, irritabilité, troubles du sommeil avec réveils nocturnes, anhédonie, troubles de la concentration, fatigabilité et manque d'énergie, idées noires sans véritables idées suicidaires, troubles alimentaires, avec de nombreuses plaintes d'ordre somatique (vertiges, acouphènes, lombalgies, dorsalgies, céphalées, sentiment d'avoir la tête lourde).

Ces symptômes étaient présents de manière fluctuante dans la journée, paraissaient cependant se prolonger de manière assez constante sur plusieurs mois, quand bien même ils n'étaient pas toujours aisés à préciser avec le patient et pour certains à distinguer du tableau post traumatique. Je n'ai pour cette raison pas été en mesure de spécifier la sévérité du trouble.

4. Quelle a été l'évolution de l'état de santé psychique de M. X. _____ depuis ce rapport?

Le patient garde le sentiment que rien n'a vraiment changé. Les plaintes d'ordre somatique sont au premier plan et n'ont pas varié. Le tableau post-traumatique me paraît toujours présent, quoique atténué. Les rêves et les flash-backs sont toujours évoqués, mais surviennent moins régulièrement; le patient peine toujours à revenir sur l'accident et ses circonstances, et j'observe toujours un émoussement de l'affect, un certain détachement vis-à-vis d'autrui, une insensibilité à l'environnement, de l'évitement.

Le tableau dépressif est devenu plus fluctuant, en fonction du contexte, variant d'un jour à l'autre, avec des périodes libres de symptômes qui peuvent durer quelques jours.

5. A votre avis, du point de vue de son état de santé psychique, est-il en mesure de reprendre une activité professionnelle? Si oui laquelle?

Pas actuellement.

6. Quel est le suivi mis en place à l'heure actuelle (cadence des consultations, médicaments, etc...)?

Traitement psychiatrique, et psychothérapique intégré. Entretiens réguliers et planifiés, tous les mois à tous les deux mois. Traitement médicamenteux antidépresseur et anxiolytique, somnifère.

7. Comment expliquez-vous la divergence des diagnostics posés par les différents médecins psychiatres qui ont examiné M. X. _____ (vous-même, le Dr L. _____, et le Dr Q. _____) et leurs conséquences sur la capacité de travail?

Il est difficile de répondre à une telle question, qui relève d'un travail d'expertise.

Les observations et conclusions de la première expertise (Dr L. _____) me paraissent rejoindre mon appréciation. Celles du Dr Q. _____ sont par contre très différentes. Il est vrai qu'il n'a examiné le patient que récemment, et il est vrai qu'il y a eu une légère amélioration clinique. Je me demande en même temps comment il est possible de fonder un avis sur une seule appréciation alors que la situation est complexe et les symptômes variables et fluctuants. Je vois pour ma part le patient régulièrement depuis 3 ans, mon appréciation est certainement plus étendue et complète. Je ne suis en même temps pas dans une position d'expert et mon appréciation peut être influencée par la qualité de la relation thérapeutique, que j'estime bonne. A ce titre, j'ai le sentiment que l'expert se focalise trop sur des aspects caractériels, qui pour ma part peuvent être mis en partie sur le compte de la clinique post-traumatique, et également vus comme une réaction compréhensible au contexte AI conflictuel qui se prolonge, avec évaluations réitérées et aux conclusions contradictoires.

8. Selon les deux expertises mises en place par l'AI, la compliance de M. X. _____ au traitement médicamenteux serait mauvaise. Comment vous déterminez-vous par rapport à cela? Cette mauvaise compliance peut-elle se justifier? Si oui, comment?

Je n'ai pour ma part pas soupçonné de mauvaise observance des traitements prodigués, mais ai bien dû en constater le peu d'efficacité au fil des mois. M. X. _____ est venu très régulièrement et à l'heure aux rendez-vous fixés à ma consultation, dans le cadre d'une psychothérapie hebdomadaire la première année, puis d'un traitement intégré ensuite.

Le patient aurait interrompu sa médication une semaine avant le rendez-vous avec le Dr Q. _____, se demandant si son état pouvait

être lié à la médication en place, de manière à voir aussi s'il pouvait se passer d'un traitement.

9. Quel est votre pronostic pour l'avenir?

Le pronostic est mauvais compte tenu du peu d'évolution des troubles et du caractère chronique de l'état de stress post-traumatique, des comorbidités psychiatriques et somatiques, du peu d'efficacité des traitements.

10. Avez-vous d'autres commentaires à ajouter?

Je suis pessimiste quant aux chances d'une décision de l'AI plus favorable au patient en cas de recours. Une contre-expertise risquerait d'aboutir à nouveau à des conclusions défavorables, similaires à celles du dernier expert. Une prolongation de la procédure avec nouvelle expertise aggraverait par ailleurs ce climat conflictuel et d'incertitude qui nuit au patient et entretient ses troubles.

Au final, je déconseille à mon patient de demander une telle mesure."

Par réponse du 29 avril 2010, l'Office a conclu au rejet du recours. L'OAI faisait valoir que le rapport d'expertise du Dr Q._____ remplissait tous les critères pour être probant, au contraire de celui établi par le Dr L._____. Les conclusions de ce dernier étaient contraires au constat d'absence de stress post traumatique opéré lors du séjour en clinique de réadaptation, après l'accident, et ne respectaient pas non plus les critères reconnus par la classification internationale en la matière.

C. Par décision du 29 mars 2010, le Bureau de l'assistance judiciaire a accordé l'assistance judiciaire totale au recourant à dater du 5 mars 2010 et nommé Me Romano Buob en tant qu'avocat d'office.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - 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 a été déposé en temps utile devant le tribunal compétent. Il remplit les autres exigences légales de forme, et est par conséquent recevable (art. 61 let. b LPGA).

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

2. 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). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 6 LPGA définit l'incapacité de travail comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession voire d'un autre domaine d'activité.

Tant le droit à des mesures de réadaptation (art. 8 et ss LAI) que le droit à une rente (art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI et 28 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI (dont la teneur est identique à celle de l'ancien art. 28 al. 1 LAI en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

b) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231, consid. 5.1; ATF 125 V 351, consid. 3a et les références; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

c) 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 incapable de travailler (ATF 125 V 256, consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2; 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 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

3. Le recourant critique tout d'abord l'absence au dossier de données actuelles s'agissant des atteintes somatique dont il souffrirait. L'OAI s'est, pour sa part, référé dans son courrier du 7 août 2009 motivant sa décision, à la décision prise le 4 décembre 2006 par la SUVA confirmée finalement par la Cour de céans et par laquelle l'assureur-accident considérait qu'il n'y avait plus de séquelles organiques à l'accident justifiant une incapacité de travail, à dater du 10 décembre 2006. L'Office fait valoir que la CNA s'était basée sur des rapports de la Clinique F._____, du Dr B._____ et du Dr V._____ permettant une appréciation claire de la situation.

Ces médecins sont unanimes pour conclure que sur le plan somatique, le recourant ne présente plus d'incapacité de travail ensuite de son accident. Leurs conclusions sont claires et convaincantes et il n'y a aucune raison de s'en écarter. Cela est d'autant plus vrai que le médecin traitant du recourant est aussi d'avis que si incapacité de travail il y a, elle serait plutôt d'ordre psychique.

Il n'y a donc pas, sur le plan somatique, d'empêchements à l'exercice d'une activité adaptée.

4. a) S'agissant de l'aspect psychiatrique, l'intimé s'est fondé sur l'expertise du Dr Q._____ et a écarté l'avis du psychiatre traitant ainsi que l'expertise du Dr L._____.

b) Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer

un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6).

Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/bb).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294, consid. 4c; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

c) L'intimé conteste la valeur probante de l'expertise du Dr L._____. A juste titre, selon la cour. En effet, d'abord sur le plan formel, il est de fait que la femme du recourant était présente lors de l'examen et qu'elle s'est exprimée. Or, une expertise doit être effectuée sans influence extérieure (ATF 132 V 443). Ensuite, sur le fond, l'expert L._____ pose le diagnostic d'état de stress post-traumatique sans que les critères requis par les classifications internationales ne soient remplis. Quant à l'argument selon lequel une reconnaissance de l'incapacité de travail du recourant serait réparatrice, il n'est absolument pas pertinent au sens de l'assurance-invalidité. Enfin, il n'y a pas eu contrôle de la compliance du

recourant à son traitement. Dès lors, il appert que l'on ne peut reconnaître valeur probante à l'expertise du Dr L._____.

En revanche, l'expertise du Dr Q._____ contient une anamnèse complète; elle fait état des plaintes du recourant ainsi que des divers rapports médicaux figurant au dossier; elle fait suite à un examen clinique et à un contrôle de la compliance du recourant. Ses conclusions sont complètes et bien motivées. Elles emportent la conviction. On doit constater que cette expertise remplit les réquisits jurisprudentiels et qu'elle a pleine valeur probante.

Cette expertise prévaut en effet sur les conclusions du psychiatre traitant. Celui-ci retient en dernier lieu en effet un trouble dépressif fluctuant avec des périodes libres de tout symptôme pendant quelques jours. Il admet lui-même que son appréciation peut être faussée par sa relation de médecin traitant avec son patient et qu'une nouvelle expertise n'aboutirait pas à une conclusion différente de celle de l'expertise du Dr Q._____.

Force est donc de constater que c'est cette expertise qui doit être suivie.

Il n'y a donc pas d'incapacité de travail que ce soit sur le plan somatique ou sur le plan psychiatrique, tout du moins dans une activité adaptée.

5. a) A cet égard, en effet, il convient de remarquer que tous les praticiens retiennent un trouble fonctionnel de l'équilibre. On voit mal dans ces conditions que le recourant puisse continuer à exercer une activité en hauteur comme celle de charpentier. Il convient de déterminer ainsi le degré d'invalidité dans une activité adaptée.

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 (art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1).

Le revenu hypothétique de la personne invalide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1; ATF 129 V 222, consid. 4.3.1; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010, consid. 5.2).

b) Des éléments fournis par l'employeur, il ressort que le recourant réalisait un salaire horaire de 27 fr. 50 à raison de 41 heures 30 hebdomadaires, correspondant à un salaire annuel, 13^{ème} salaire compris, de 64'290 fr. 42 ($[1141 \text{ fr. } 25/\text{sem.} \times 52]/12 = 4'945 \text{ fr. } 42$ mensuel).

Compte tenu du délai d'attente d'une année (art. 29 al. 1 aLAI, repris par le nouvel art. 28 al. 1 let. c LAI), c'est au 1^{er} juin 2006, comme l'a indiqué l'OAI, que le droit naissait, et c'est cette année qui est déterminante pour la comparaison des revenus. Dans cette mesure, compte tenu de l'adaptation moyenne des salaires en Suisse pour l'année 2006, de 1,2%, le recourant aurait réalisé un salaire annuel de 65'061 fr. 90.

Du 1^{er} juin 2006 au 10 décembre 2006, une incapacité de travail entière a été reconnue au recourant avec pour conséquence une invalidité entière.

Par la suite, soit dès le 11 décembre 2006, persistait la limitation fonctionnelle retenue qui empêchait l'assuré de reprendre son

ancienne activité de charpentier ou d'aide-charpentier, mais lui autorisait une activité adaptée.

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant des enquêtes sur la structure des salaires (ci-après: ESS), établies par l'Office fédéral de la statistique ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; VSI 1999 p. 182).

A ce titre, on peut considérer que le recourant peut toujours exercer une activité dite "simple et répétitive", considérant le large éventail que recouvre cette catégorie (cf. TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 ; TF 9C_146/2010 du 30 août 2010, consid. 3). Dans ce type d'activité, il pouvait réaliser en 2006 un salaire annuel de 59'197 fr. 32 (salaire mensuel de 4'732 francs pour 40 h, selon ESS 2006, TA1, niveau de qualification 4 [activité simple et répétitive], adapté à la durée hebdomadaire moyenne travaillée en 2006 [41.7]).

Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322, consid. 5.2; 126 V 75, consid. 5b/aa-cc). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses

perspectives salariales (ATF 126 V 75, consid. 5a/bb et les références citées; voir également TFA I 848/05 du 29 novembre 2006, consid. 5.3.3).

Cet abattement résulte de l'exercice par l'administration de son pouvoir d'appréciation, et le juge des assurances sociales ne peut substituer sa propre appréciation à celle de l'administration sans motif pertinent (ATF 132 V 393, consid. 3.3; 126 V 75, consid. 6). Le juge des assurances sociales ne revoit ainsi l'étendue de l'abattement retenu dans un cas concret par l'administration que si celle-ci a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit a commis un excès positif ou négatif de son pouvoir d'appréciation ou a abusé de celui-ci, notamment en retenant des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (TF 9C_1047/2008 du 7 octobre 2009, consid. 3.1). En d'autres termes, la juridiction cantonale doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25%) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2).

En l'occurrence, compte tenu de l'importance toute relative des limitations fonctionnelles et de l'ensemble des autres circonstances, un taux d'abattement de 10% est justifié. Le revenu avec invalidité s'élève ainsi à 53'277 fr. 59. Il en résulte donc, en comparaison avec le revenu sans invalidité (65'061 fr. 90), un taux d'invalidité de 18,11%, qui doit être arrondi à 18% (ATF 131 V 121), insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

c) S'agissant de l'amélioration de la capacité de travail de l'assuré, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (ATF 125 V 413, consid. 2d et les références). Dès lors, comme l'OAI l'a fait, il convenait donc d'appliquer le délai de trois mois de l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur

l'assurance-invalidité ; RS 831.201) qui prescrit qu'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations un changement de la capacité de travail ou de gain d'une durée de trois mois sans interruption notable.

A dater du 11 décembre 2006, le recourant était entièrement apte à exercer une activité adaptée (simple et répétitive), qui tienne compte de son trouble de l'équilibre persistant, et le taux d'invalidité de 18% était insuffisant à justifier le droit à la rente. Aucune pièce au dossier ne vient faire état d'une modification ultérieure de la capacité de travail de l'assuré. L'OAI pouvait donc à bon droit constater une amélioration durable et décider que la rente d'invalidité cessait d'être due à fin mars 2007, à l'issue du délai de trois mois prévu par l'art. 88a RAI.

Les conclusions du recourant tendant à la poursuite du versement de la rente doivent ainsi être rejetées et la décision confirmée.

6) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens dans la mesure où le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

I. Le recours déposé le 15 mars 2010 par X._____ est rejeté.

II. La décision rendue le 8 février 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais de justice par 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge du recourant.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Romano Buob (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 :