

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 juin 2012

Présidence de Mme PASCHE
Juges : MM. Jomini et Métral
Greffière : Mme Barman Ionta

* * * * *

Cause pendante entre :

U._____, au Mont-sur-Lausanne, recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat à Intégration Handicap, Service juridique, à Lausanne,

et

Y._____, à Vevey, intimé,

et

K._____, à Aarau, appelée en cause.

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après: l'assuré), né en 1971, travaillait comme aide de cuisine au restaurant [...] à Lausanne. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès d'I._____ Assurance (dont les droits et obligations ont été repris par succession universelle dès le 31 décembre 2003 par L._____ Assurance; ci-après: I._____ Assurance ou L._____ Assurance).

Le 16 juin 2003, l'assuré a été hospitalisé au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après: CHUV) en raison d'une chute d'un balcon d'environ cinq mètres "dans des circonstances peu claires", qui a provoqué une fracture de type Burst de L1, ainsi que des calcanéums droit et gauche; il présentait en outre une intoxication à l'alcool aiguë.

Par décision du 24 octobre 2003, confirmée par décision sur opposition du 8 mars 2004, I._____ Assurance a qualifié le comportement de l'assuré, au moment de l'accident, d'entreprise téméraire au sens de l'art. 50 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202) et refusé toutes les prestations en espèces. Saisi par l'assuré, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a partiellement donné droit à ses conclusions; par jugement du 7 janvier 2005, la décision du 8 mars 2004 a été réformée en ce sens que les prestations en espèces de l'assurance-accidents étaient réduites de moitié. Le Tribunal fédéral des assurances a confirmé cette décision par arrêt du 31 mai 2006 (cause U 232/05).

B. U._____ a déposé le 4 juin 2004 une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à un reclassement dans un nouvelle profession, faisant état d'atteintes au dos et aux pieds existant depuis l'accident survenu le 16 juin 2003.

L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR), service de réadaptation générale, du 7 juillet 2004 au 17 août

2004. Selon le rapport de sortie du 30 août 2004, la situation médicale était quasiment stabilisée. Les radiographies des pieds et du rachis dorso-lombaire montraient une consolidation acquise avec un matériel d'ostéosynthèse en place. La capacité de travail actuelle était nulle dans la profession d'aide de cuisine mais totale dans une activité adaptée respectant les limitations suivantes: terrains irréguliers, montées et descentes fréquentes d'escaliers, maintien de postures statiques, répétitions de mouvements en porte-à-faux, port de charges lourdes, positions accroupies.

Par courrier du 25 août 2004, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) a fait savoir à l'assuré que dans les cas d'accidents, l'assurance-invalidité et les assureurs-accidents collaboraient dans le but d'accélérer la réadaptation professionnelle et de coordonner l'évaluation du degré d'invalidité, la notion d'invalidité étant identique dans les deux assurances. Cette collaboration comprenait notamment l'échange d'informations nécessaires à l'instruction des dossiers respectifs des deux assurances dans le respect des règles de la protection des données, ainsi qu'une concertation préalable à toute décision.

En septembre 2006, une expertise médicale a été confiée par L._____ Assurance au Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 31 octobre 2006, l'expert a exposé que les plaintes du patient au niveau du rachis s'expliquaient par la modification de l'articulation sacro-iliaque gauche et qu'aucune plainte particulière n'était annoncée au niveau de l'ancienne fracture de L1. Au niveau du pied droit, les plaintes s'expliquaient par les constatations cliniques, à savoir une raideur, des douleurs à la palpation sur la face externe du calcanéum et des douleurs à la palpation de la cicatrice; elles expliquaient parfaitement la difficulté à la marche prolongée de même qu'aux montées et descentes et sur les terrains irréguliers. Du côté gauche, le léger aplatissement de l'angle de Böhler expliquait que l'articulation sous-astragaliennne fût surmenée et douloureuse de temps en temps. Le Dr R._____ attestait d'une incapacité de travail totale dans

l'activité habituelle d'aide de cuisine, en raison de la station debout qui ne pouvait être de longue durée, et précisait que s'il n'y avait pas ces douleurs lombaires, toute profession en position assise serait possible pratiquement à plein temps.

Dans un avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) du 5 février 2007, la Dresse F._____ a considéré que les médecins de la CRR faisaient état d'une situation médicale stabilisée et d'une capacité de travail exigible de 100% en juillet 2004 et que le Dr R._____ reconnaissait, dans son rapport d'expertise d'octobre 2006, une capacité de travail théoriquement exigible à plein temps dans une activité adaptée.

Le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin associé au Service d'orthopédie du CHUV, a exposé dans deux courriers des 31 janvier 2007 et 23 mai 2007 adressés au Dr D._____, spécialiste en médecine générale, médecin traitant de l'assuré, que la capacité de travail était dépendante des douleurs lombaires. Dès que la situation serait stabilisée à ce niveau, une reconversion professionnelle dans une profession à prédominance assise et sans port de charge serait à envisager.

Interpellé par l'OAI, le Dr N._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, mentionnait dans un rapport du 29 novembre 2007 que la situation restait critique en raison d'une souffrance bifocale, lombaire et des deux pieds, responsable d'une interférence ascendante principalement, à laquelle s'ajoutait un état dépressif réactionnel dans le cadre d'une impasse socioprofessionnelle et asséculoologique. Le Dr N._____ admettait, sur un plan purement théorique, une capacité de travail résiduelle de 25% dans un contexte d'alternance de posture sans port de charge, mentionnant cependant un pronostic sombre et une réinsertion professionnelle illusoire.

Constatant des divergences entre les avis médicaux au sujet de la capacité de travail de l'assuré, la Dresse F._____ a préconisé, dans

un avis médical du 8 janvier 2008, la mise en œuvre d'une expertise orthopédique et psychiatrique de type COMAI (Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité).

L'expertise a été réalisée aux mois de février et mars 2008 à la Polyclinique médicale universitaire (ci-après: PMU) à Lausanne, laquelle est un Centre d'observation médical de l'assurance-invalidité (ci-après: COMAI); l'aspect rhumatologique a été investigué par le Dr J._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et l'aspect psychiatrique par la Dresse B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Aux termes du rapport d'expertise du 23 mai 2008, la Dresse B._____ et la Dresse H._____, spécialiste en médecine interne, ont posé les diagnostics affectant la capacité de travail de lombalgies chroniques sur fracture de L1 consécutive à une chute le 16 juin 2003, de podalgies bilatérales chroniques sur fractures des deux calcanéums consécutives à une chute le 16 juin 2003, traitée par ostéosynthèse puis surinfection du calcanéum droit avec reprise chirurgicale le 1^{er} octobre 2003 (débridement et ablation de matériel d'ostéosynthèse d'une vis, implantation d'une chaîne de garamycine sur l'arrière pied), suivi d'une algodystrophie du pied droit, et de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.10). Appréciant la situation, elles mentionnaient ce qui suit:

"Sur le plan des lombalgies et des douleurs persistantes au niveau des 2 pieds, nous avons demandé l'avis à notre médecin consultant en rhumatologie pour faire le point sur la symptomatologie actuelle, et surtout les limitations en relation avec cette symptomatologie. Sur le plan des lombalgies, la fracture de L1 est considérée actuellement comme consolidée et en raison de la spondylodèse motive les limitations suivantes: activités en flexion antérieure du tronc, levages réguliers de poids supérieurs à 8 kg. Les podalgies bilatérales sont dues aux fractures du calcanéum qui sont consolidées mais présentent un défaut osseux plantaire, suite à une séquestrectomie du calcanéum droit. Cette dernière modifie la structure osseuse, avec disparition quasi-complète de l'interligne sous-astragaliennne postérieure droite et une sclérose sous l'interligne calcanéocuboïdienne, qui explique la mauvaise mobilité de l'articulation sous-astragaliennne et tibio-tarsienne. Ceci occasionne les limitations suivantes: toutes les activités debout, ou nécessitant exclusivement des déplacements à pied, les expositions à des vibrations corporelles.

La persistance de la symptomatologie douloureuse (lombalgies, podalgies droites) sont explicables en partie par les séquelles du traumatisme. Une limitation objective pourrait permettre une activité adaptée à 100%: activité assise avec possibilités de varier la position sans mouvements monotones et répétitifs continus. Cette évaluation rejoint l'évaluation du Dr R._____, expert, de même le Dr N._____, bien qu'il intègre dans son évaluation finale l'aspect psychologique.

Sur le plan psychiatrique, notre expert-psychiatre retient un trouble dépressif récurrent dont l'épisode actuel est moyen sans traitement. Cet épisode dépressif se manifeste par une tristesse, une perte du plaisir, de l'envie, une tendance au retrait social, des difficultés de concentration. Cet épisode dépressif est récurrent car il y a anamnestiquement eu d'autres épisodes antérieurs. Le consilium ne met pas en évidence de troubles de la personnalité au sens de la CIM-10, ni des troubles de la lignée psychotique. On observe des traits dépendants, qui dans le cadre des consiliums ne sont pas suffisamment importants pour évoquer un trouble de la personnalité. Actuellement, l'état dépressif constitue une limitation à un fonctionnement professionnel normal. On pourrait imaginer que sous traitement anti-dépresseur, s'il est accepté, et un suivi de soutien par le médecin traitant ou un médecin psychiatre, l'état dépressif pourrait s'améliorer avec éventuellement une augmentation de la capacité de travail.

De plus, on ne retient pas de trouble somatoforme douloureux, les douleurs étant en grande partie explicables par l'aspect rhumatologique et orthopédique.

Les examens paracliniques mettent en évidence des perturbations pouvant aller dans le sens d'une consommation chronique d'alcool. Ces excès semblent être sous-estimés par l'expertisé et l'évaluation psychiatrique à elle seule ne permet pas d'exclure une dépendance à l'alcool. Au vu de la présentation clinique observée ici, elle ne semble pas avoir une influence sur la capacité de travail. Les valeurs de ferritine sont particulièrement élevées. Elles peuvent entrer dans le cadre d'une consommation augmentée d'alcool mais également d'autres pathologies que nous laissons le soin au médecin traitant d'évaluer.

Considérant les limitations rhumatologiques, orthopédiques et psychiatriques, on retient actuellement une capacité de travail de l'ordre de 50%. Une ré-évaluation serait nécessaire d'ici à 2 ans, en espérant qu'un traitement anti-dépresseur et un suivi régulier spécifique puissent être entrepris dans l'intervalle."

Examinant le rapport d'expertise dans un avis du 17 juin 2008, la Dresse F._____ a constaté qu'il n'était pas précisé à partir de quel moment la capacité de travail de 50% était exigible. Par ailleurs, elle relevait que les experts estimaient la capacité de travail de 50% en tenant compte des limitations rhumatologiques, orthopédiques et psychiatriques,

alors qu'ils mentionnaient quelques lignes plus haut que la capacité de travail sur le plan ostéoarticulaire était entière dans une activité adaptée.

Le 20 juin 2008, L. _____ Assurance a transmis à l'OAI le rapport d'enquête d'un détective, lequel a été mandaté pour effectuer une série de vérifications sur l'emploi du temps de l'assuré (surveillance entre décembre 2007 et mars 2008, le détective ayant constaté, en substance, que l'assuré n'avait pas de limitations fonctionnelles).

Par courrier du 23 juin 2008, l'OAI a interpellé la PMU afin que soit précisé à partir de quand la capacité de travail était exigible à 50% et si des limitations psychiatriques devaient être retenues, et que soient énoncées celles ayant des répercussions sur la capacité de travail. En l'absence de la Dresse H. _____, le Dr Q. _____, médecin responsable à la PMU, a répondu préalablement qu'il avait été conclu à une capacité exigible de l'ordre de 35% dans une activité adaptée. Puis il a indiqué que si l'on se référait aux éléments du dossier, la situation était décrite comme stabilisée sur le plan orthopédique en janvier 2007 par le Dr T. _____ et qu'elle semblait être stabilisée après le passage institutionnel auprès du Dr N. _____ au début août 2007. Quant à l'évaluation de la capacité de travail, l'appréciation de 50% tenait compte effectivement des limitations liées à l'affection psychiatrique, qui restait potentiellement améliorable par un traitement spécifique (cf. courrier du 20 août 2008).

Dans une communication interne du Secteur de lutte contre la fraude (ci-après: LFA) de l'OAI du 3 juillet 2008, il était demandé qu'après prise de position du SMR sur le rapport du détective, notamment sur la question d'une éventuelle exagération des symptômes voire d'une simulation, ainsi que sur l'absence de traitement anti-dépresseur, le dossier soit retourné dans ce service.

Le 25 juillet 2008, en réponse à un courrier de l'assuré lui demandant ce qu'il comptait faire pour l'aider à trouver une activité adaptée à 50% (cf. courrier du 21 juillet 2008), l'OAI a répondu être dans

l'attente de renseignements médicaux complémentaires demandés à la PMU au sujet de l'expertise du 23 mai 2008.

Dans un avis médical du 5 septembre 2008, le Dr L._____, médecin au SMR, a constaté que les conditions de l'art. 7 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) n'étaient pas réunies en l'espèce, cet article prévoyant que la diminution des possibilités de gain devait persister après les traitements et les mesures de réadaptation. Or, dans la mesure où l'état de santé de l'assuré pouvait s'améliorer significativement sous un traitement antidépresseur et avec un suivi de soutien, et que le traitement proposé par les experts était exigible, il convenait de demander à l'assuré de s'y soumettre et de réévaluer la situation dans six mois.

Par courrier du 6 octobre 2008, l'OAI a informé l'assuré, alors représenté par Intégration Handicap, qu'il envisageait de lui reconnaître, au regard de l'expertise de la PMU, le droit à une demi-rente sur la base d'un degré d'invalidité de 50% à partir du 16 juin 2004. Il enjoignait par ailleurs l'assuré à suivre le traitement médical nécessaire (prise d'un anti-dépresseur ainsi que suivi de soutien par le médecin traitant ou un médecin psychiatre), précisant qu'un contrôle par des tests adaptés (dosages plasmatiques) serait fait régulièrement et les résultats transmis à l'assurance.

Le 27 octobre 2008, l'assuré a fait savoir à l'OAI qu'il était d'accord de se soumettre au traitement approprié auprès de son médecin traitant, le Dr D._____.

Le 11 novembre 2008, l'OAI a communiqué à l'assuré un préavis (projet d'acceptation de rente) dans le sens de l'octroi d'une demi-rente d'invalidité avec effet dès le 1^{er} juin 2004.

C. Le 13 février 2009, l'OAI a adressé un courrier à la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, aux termes duquel elle demandait de suspendre le calcul de la rente concernant U._____.

Dans une "fiche d'examen du dossier" du 16 février 2009, l'OAI mentionnait une lettre de L._____ Assurance du 7 janvier 2009 qui contestait le projet d'acceptation de rente (particulièrement l'incapacité de travail reconnue depuis le 16 juin 2003 à 50%, considérant que l'incapacité de travail était totale jusqu'à l'expertise de la PMU) et prévoyait de compléter son dossier par une expertise. L'OAI se demandait en outre si, dans la mesure où il s'agissait d'un cas LFA, il ne fallait pas attendre les résultats avant de rendre sa décision.

Le 6 mai 2009, l'assuré s'est enquis auprès de l'OAI de la raison pour laquelle il n'avait pas reçu de décision formelle au sujet des prestations. Le 12 mai 2009, l'OAI lui a répondu que l'assureur-accidents ayant contesté son préavis, il lui appartenait d'examiner l'argumentation de cet assureur et de prendre position.

L._____ Assurance a informé l'OAI qu'elle avait, le 8 juin 2009, donné un mandat d'expertise bidisciplinaire à la CRR, comportant un volet psychiatrique et un volet orthopédique. L'expertise psychiatrique a été réalisée par le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 29 décembre 2009, le Dr M._____ a posé les diagnostics d'abus d'alcool (F10.1), de trouble dépressif récurrent, état actuel léger (F33.0), et de trouble mixte de la personnalité (F61.0). Appréciant la capacité de travail, il a fait valoir ce qui suit:

"Au vu de ce qui précède, le soussigné est convaincu qu'on doit retenir une incapacité de travail psychiatrique de 60% entre le 16.06.2003 et le 30.06.2004, sur la base d'un seul état dépressif alors vraisemblablement moyen à sévère.

Depuis le 01.07.2004, le soussigné est convaincu que l'assuré a présenté des tableaux dépressifs peu significatifs. Ceux-ci peuvent correspondre à ce qui a été décrit (et non à ce qui a été diagnostiqué) dans l'expertise de la PMU du 23.05.2008. Ils correspondent à ce qui a été observé par le soussigné. Ils correspondent à ce qu'admet l'assuré lui-même, tout en tenant compte de sa difficulté à verbaliser les émotions.

Depuis le 01.07.2004, on ne saurait retenir d'incapacité de travail psychiatrique dans le métier d'aide de cuisine ou dans une activité adaptée aux limitations physiques de l'assuré.

Cette conclusion s'écarte de celle de l'expertise de la PMU de Lausanne, puisque ce rapport médical semble avoir admis des limitations psychiatriques au-delà du 01.07.2004. Le soussigné reviendra ci-après sur ce rapport d'expertise de la PMU du 23.05.2008."

Le Dr M._____ a ainsi précisé que si l'épisode dépressif pouvait être retenu en mars 2008, il n'était certainement pas de gravité moyenne, comme le mentionnaient les experts de la PMU, mais de gravité légère, au regard des critères objectifs des ouvrages diagnostiques de référence et de la CIM-10 en particulier. Il considérait en outre que s'il ne fallait pas aller jusqu'à retenir l'alcoolisme sévère, l'abus d'alcool devait être rapporté dans la rubrique diagnostic et considéré de façon plus circonstanciée dans l'appréciation assécurologique du cas, alors que l'évaluation psychiatrique de la PMU ne rapportait pas explicitement la problématique de l'alcool dans le libellé diagnostic. Il relevait également que l'évaluation psychiatrique de la PMU ne retenait pas de trouble de la personnalité et que cette appréciation s'écartait de ce qui était évoqué par les médecins de Cery dans une lettre de sortie du 7 août 2001 ainsi que de son appréciation, des données anamnestiques et des faits objectifs expressément recherchés pour cette évaluation psychiatrique. Le Dr M._____ constatait finalement que l'expertise de la PMU ne se prononçait pas clairement, de façon motivée et sans contradictions, sur l'incapacité de travail. Si elle admettait, à l'instar d'autres évaluations au dossier, une incapacité de travail totale comme aide de cuisine pour de seuls motifs orthopédiques, on ne savait pas très bien ce qu'elle concluait s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations physiques. Au terme de son expertise, le Dr M._____ ne retenait aucune maladie psychiatrique justifiant une incapacité de travail (excepté pour la période du 16 juin 2003 au 30 juin 2004).

Le Dr M._____ renvoyait, pour les questions somatiques, à l'expertise orthopédique réalisée par le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 16 novembre 2009, le Dr C._____ a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de lombalgies chroniques sur status après fracture Burst de L1 (M54.5) et de

podalgies bilatérales sur status après fracture complexe des deux calcanéums avec arthrose sous-astragalienne (Z98.8). Il considérait qu'une incapacité de travail totale et définitive était justifiée dans les activités d'aide de cuisine, s'exerçant toujours en position debout, depuis l'accident du 16 juin 2003. En effet, l'assuré ne pouvait plus rester longtemps debout (au-delà de 10-15 minutes), ni porter de charges supérieures à 10 kg, ni effectuer des travaux lourds et pénibles (récupération, port de sacs ou de lourdes casseroles). Dans une activité adaptée, une capacité de travail entière était exigible. Le Dr C. _____ énonçait à cet égard des activités dans le secteur industriel, tel qu'ouvrier d'usine ou de fabrique, des activités dans les services, tel que surveillant ou gardien, ou d'autres activités dans le commerce et l'administration. Il estimait, en se fondant sur la pratique et l'expérience médicales, que la situation pouvait être considérée comme stabilisée au deuxième anniversaire de l'accident, ce qui correspondait à la date à partir de laquelle une capacité de travail entière pouvait être exigée dans une activité adaptée, la seule restriction pouvant concerner l'incapacité de travail totale entraînée par l'ablation du matériel d'ostéosynthèse si celle-ci était faite après les deux ans.

Par avis médical du 15 mars 2010, le Dr L. _____ a fait savoir qu'il se ralliait sans réserve aux conclusions de l'expertise bidisciplinaire des Drs M. _____ et C. _____, soulignant que le Dr M. _____ expliquait les raisons pour lesquelles il s'écartait de l'expertise de la PMU.

Le 17 juin 2010, l'OAI a communiqué à l'assuré un préavis (projet d'acceptation de rente), annulant et remplaçant le projet de décision du 11 novembre 2008, dans le sens de l'octroi d'un trois-quarts de rente d'invalidité pour la période du 16 juin 2004 au 30 septembre 2004, aucune prestation ne devant être octroyée ensuite en raison d'une amélioration de l'état de santé. Il exposait qu'un complément d'instruction du dossier avait révélé une incapacité de travail et de gains de 60%, du 16 juin 2003 au 30 juin 2004, en raison de son atteinte à la santé psychiatrique. Dès le 1^{er} juillet 2004, sa capacité de travail était totale dans une activité adaptée à son atteinte à la santé orthopédique (activité industrielle légère, sans position debout prolongée au-delà de 10-15

minutes, sans port de charges supérieures à 10 kg ni travaux lourds comme le récurage, le port de sacs ou de lourdes casseroles). Le préavis retenait un revenu sans invalidité de 42'000 fr. en 2004, en tant qu'aide de cuisine à plein temps. Le revenu d'invalidité a été évalué conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral selon laquelle référence pouvait être faite aux données statistiques lorsque l'assuré n'avait pas – comme c'était le cas de U. _____ – repris d'activité professionnelle. Selon les données statistiques résultant des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, le salaire de référence était celui auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) (ESS 2004, TA1; niveau de qualification 4). En tenant compte d'un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles et de son permis de séjour, le salaire exigible final était de 51'532 francs. Il n'en résultait aucun préjudice économique et donc aucune invalidité, au-delà du 30 juin 2004.

Par lettre du 20 juillet 2010, l'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a requis de l'OAI qu'il rende une décision conforme au projet de décision du 11 novembre 2008, au motif qu'un assureur social n'avait pas le droit à une "second opinion" lorsque les pièces médicales versées au dossier de son assuré étaient complètes.

Le 26 août 2010, l'OAI s'est exprimé comme suit auprès de l'assuré:

"Nous relevons dans un premier temps que nous avons attendu l'expertise pluridisciplinaire demandée par L. _____ Assurance, assurance accident de M. U. _____ suite à la contestation de notre projet de décision par cette dernière, principalement pour pouvoir y répondre. La contestation portait sur la date de l'amélioration de l'état de santé, L. _____ Assurance considérant que M. U. _____ avait une incapacité totale dans toute activité jusqu'à la date de l'expertise de mai 2008. Si nous considérons que la date de l'expertise n'était pas en soi un motif de révision et ne pouvait sans autre être retenue comme date de l'amélioration de l'état de santé comme le proposait L. _____ Assurance, nous reconnaissons que manquaient au dossier les éléments permettant de répondre à cette contestation. En particulier, le SMR ne s'était pas déterminé quant à la date dès laquelle nous pouvons admettre que M. U. _____ avait récupéré une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Dans ces circonstances, nous pouvons conclure que

l'instruction médicale n'était nullement complète en tous les cas sur ce point.

Cette expertise explique clairement pourquoi elle s'écarte des conclusions de celle de la PMU. Il n'y a pas de raison que nous ne puissions suivre les conclusions d'une expertise convaincante et complète qui justifie en quoi elle doit être préférée à une autre expertise au dossier.

Nous relevons enfin que suite à des informations que nous avons obtenues, nous avons fait parvenir le dossier de M. U. _____ au Secteur de la lutte contre la fraude et que nous n'aurions dans ce contexte pas rendu notre décision avant un complément d'instruction médical.

Dans ce contexte, nous maintenons notre position et vous recevrez, prochainement, notre décision dont le présent courrier fait partie intégrante."

Par arrêt du 21 octobre 2010, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours pour déni de justice formel interjeté par l'assuré le 7 janvier 2010 à l'encontre de l'OAI (AI 7/10 - 412/2010). Il était relevé dans cet arrêt qu'après la notification de son premier préavis, l'OAI était tenu de traiter les objections de l'assureur-accidents et comme cet assureur avait mis en œuvre une expertise indépendante et pluridisciplinaire, il était opportun, pour l'OAI, d'attendre les résultats de cette expertise avant de statuer et de rendre la décision finale.

Le 13 janvier 2011, l'assuré a fait savoir à l'OAI qu'il était sorti de prison le 20 décembre 2010 et était suivi à la Consultation de Chauderon, Service de psychiatrie générale du CHUV, pour des troubles psychiques susceptibles d'être à l'origine d'une incapacité de travail plus ou moins importante. Il proposait qu'un rapport médical soit demandé à ce service.

Par communication du 15 mars 2011, l'OAI a informé l'assuré que les conditions de son droit au placement étaient remplies, de sorte qu'il bénéficierait d'un conseil et d'un soutien par l'aide au placement. L'assuré y a toutefois renoncé par courrier du 16 mai 2011.

Dans un rapport du 11 avril 2011 à l'OAI, la Dresse X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, chef de clinique au Service de psychiatrie générale du CHUV, a posé les diagnostics de trouble de la personnalité mixte (paranoïaque et antisociale) depuis 1991, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen depuis 2000, d'abus d'alcool depuis 2009 et de difficultés liées à des situations juridiques depuis 2009, ce dernier diagnostic étant sans influence sur la capacité de travail. La Dresse X._____ expliquait avoir rencontré l'assuré afin d'effectuer un bilan psychiatrique à sa sortie de prison mais ne pas être en mesure de répondre aux questions relatives à la capacité de travail. Elle mentionnait toutefois, comme restrictions existantes, des troubles de la concentration, un manque de motivation, un manque de contrôle quant à ses impulsions et son agressivité et de multiples problèmes judiciaires et sociaux.

Le 16 mai 2011, l'OAI a notifié à l'assuré une décision relative à l'octroi d'un trois-quarts de rente d'invalidité pour la période du 1^{er} juin 2004 au 30 septembre 2004.

D. U._____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par acte du 15 juin 2011, en concluant, sous suite de frais et dépens, à sa réforme et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2004. Il fait valoir que le projet de décision du 11 novembre 2008, lui reconnaissant le droit à une demi-rente d'invalidité avec effet au 1^{er} juin 2004, a été rendu sur la base des conclusions de l'expertise de la PMU, alors que la décision entreprise se fonde sur les conclusions des rapports d'expertises mises en œuvre ultérieurement par l'assureur-accidents. Or, le 23 mai 2008, date du rapport d'expertise de la PMU, le dossier AI était complet, eu égard aux pièces médicales versées au dossier, se référant à l'arrêt publié à la SVR 10/2007 n° 33 selon lequel un assureur social n'a pas de droit à une seconde expertise lorsque les pièces médicales versées au dossier sont complètes. Il argue ainsi que l'OAI doit rendre une décision d'octroi conforme aux conclusions des médecins de la PMU et qu'il n'avait pas à admettre la qualité pour agir de L._____ Assurance contre son projet de

décision du 11 novembre 2008. Le recourant demande en outre l'appel en cause de la Caisse de pension K._____.

Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du juge instructeur de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 20 juillet 2011, avec effet au 16 juin 2011.

Dans sa réponse du 14 septembre 2011, l'OAI propose le rejet du recours. Il relève que, selon le rapport d'expertise de la PMU, l'état de santé du recourant pouvait s'améliorer significativement grâce à un traitement antidépresseur et un suivi de soutien et que de l'avis du SMR, les bénéfices de ces mesures thérapeutiques pouvaient être évalués après une période de six mois. Le recourant ayant donné son accord à cet égard par courrier du 27 octobre 2008, le projet de décision du 11 novembre 2008 a été établi de manière erronée, en contradiction avec ce qui était prévu. En outre, s'agissant d'un cas commun avec l'assureur-accidents, il était nécessaire d'attendre le résultat des expertises mises en œuvre par L._____ Assurance afin que chacun se prononce sur une base commune. L'intimé en conclut que l'instruction du cas n'était pas complète en mai 2008.

Dans sa réplique du 12 octobre 2011, le recourant expose que l'intimé n'a jamais prétendu au caractère incomplet du rapport de la PMU ni dit pourquoi ce rapport aurait été incomplet, et se réfère à la jurisprudence relative à la "seconde opinion". En outre, il réitère sa demande d'appeler en cause la Caisse de pensions K._____.

Par courrier du 26 octobre 2011, l'OAI indique ne pas avoir de remarques particulières à formuler à l'encontre de la réplique du recourant, pas plus qu'au sujet de l'appel en cause de la Caisse de pensions K._____.

Le Juge instructeur a ordonné le 3 novembre 2011 l'appel en cause de K._____ et lui a transmis les écritures des parties en lui impartissant un délai pour se déterminer.

Par écriture du 9 novembre 2011, l'appelée en cause a demandé à ce que l'expertise du Dr M._____ soit prise en compte.

Le 16 novembre 2011, le recourant a pris note de ce que K._____ ne s'opposait pas à son appel en cause et, le 23 novembre 2011, l'OAI a constaté que cette caisse le rejoignait dans ses conclusions.

Par courrier du 26 janvier 2012, les parties ont été informées du changement du juge instructeur.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances sociales institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 60 LPGA; art. 95 LPA-VD) et répond aux exigences de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA; art. 79 al. 1 LPA-VD applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). Il convient donc d'entrer en matière.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur

les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164; 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI à la suite de la demande de prestations du recourant, particulièrement sur le point de savoir si l'OAI était légitimé à se fonder sur l'expertise des Drs M._____ et C._____ pour nier le droit aux prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 30 septembre 2004. Il s'agit d'examiner si, ainsi que le soutient le recourant, l'instruction du cas était complète lorsque la PMU a rendu son rapport ou s'il pouvait être tenu compte de l'expertise mise en œuvre par l'assurance-accidents dans le cadre de l'appréciation de la capacité de travail et, partant, du droit éventuel à la rente.

3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 - partiellement applicable dans la présente procédure, eu égard au fait que le droit à la rente litigieuse a pu prendre naissance avant cette date (cf. ATF 130 V 445 et les références) -, cette disposition prévoyait que l'assuré

avait droit à une rente s'il était invalide à 40% au moins (RO 2003 p. 3844). D'après l'art. 29 al. 1 LAI, également dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré avait présenté (a) une incapacité de gain durable de 40% au moins (art. 7 LPGA), ou (b) une incapacité de travail de 40% au moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (RO 1987 p. 449).

b) Le droit à une rente (art. 28 LAI) suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (art. 6 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 p. 3372 sv.) que dans celle en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 p. 3854), reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1^{er} janvier 2003 (ATF 130 V 343 consid. 3). Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même. Elle implique, pour établir le taux

d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité («revenu hypothétique sans invalidité») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré («revenu d'invalidé»); c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 cons. 3.4).

c) 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. Ne sont pas considérées 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 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2).

d) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]).

4. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge, s'il y a recours – a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du

médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3).

b) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (TF 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1).

En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA, le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre.

Selon la jurisprudence (TF 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.2 et la référence), le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir une seconde opinion sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas. L'assuré ne dispose pas non plus d'une telle possibilité. Il ne s'agit en particulier pas de remettre en question l'opportunité d'une évaluation médicale au moyen d'un second avis médical, mais de voir

dans quelles mesure et étendue une instruction sur le plan médical doit être ordonnée pour que l'état de fait déterminant du point de vue juridique puisse être considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e éd., n. 12 et 17 ad art. 43 LPGA). La nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise découle du point de savoir si les rapports médicaux au dossier remplissent les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales. Cela dépend de manière décisive de la question de savoir si le rapport médical traite de manière complète et circonstanciée des points litigieux, se fonde sur des examens complets, prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et contient une description du contexte médical et une appréciation de la situation médicale claires, ainsi que des conclusions dûment motivées de l'expert (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_573/2010 du 8 août 2011, consid. 4.2).

5. a) Le recourant fait grief à l'intimé de s'être référé aux rapports d'expertise des Drs M._____ et C._____, qui constituent selon lui une "*second opinion*", alors que le dossier était à ses yeux complet avant la mise en œuvre de ces expertises et qu'une décision aurait dû être rendue sur la base du rapport de la PMU du 23 mai 2008, conformément au projet d'acceptation de rente du 11 novembre 2008. Ce grief ne résiste pas à l'examen, la jurisprudence de la "*second opinion*" invoquée par le recourant ne s'appliquant pas en l'espèce.

Il appert en effet, à l'aune du dossier, que l'instruction de la cause n'était pas terminée au moment où le préavis du 11 novembre 2008 - dont le recourant se prévaut - lui a été adressé. Ainsi, la Dresse F._____ du SMR, à la lecture du rapport d'expertise de la PMU du 23 mai 2008, a constaté des imprécisions s'agissant de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée et a requis des experts des informations complémentaires. Les réponses apportées ne l'ont pas été par les spécialistes qui ont rédigé le rapport ou procédé aux expertises

mais par un tiers, le Dr Q._____, et sont restées finalement imprécises (une capacité exigible de 35% jamais mentionnée dans le rapport, un état semblant stabilisé en janvier 2007 puis "semblant l'être" en août 2007; cf. courrier du Dr Q._____ du 20 août 2008). Le Secteur LFA entendait en outre examiner le cas après avis du SMR notamment sur la question d'une éventuelle exagération des symptômes, voire simulation, et sur l'absence de traitement anti-dépresseur et de suivi thérapeutique (cf. communication interne du 3 juillet 2008). L'OAI a, à cet effet, informé le recourant qu'il requérait des renseignements médicaux complémentaires à la PMU au sujet de l'expertise du 23 mai 2008 (cf. courrier de l'OAI du 25 juillet 2008). Le Dr L._____ du SMR a ensuite considéré qu'il convenait de demander à l'assuré de se soumettre à un traitement antidépresseur avec un suivi de soutien, dans la mesure où l'expert mentionnait que son état de santé pouvait s'améliorer significativement sous ce traitement, et de réévaluer la situation dans six mois (cf. avis médical du 5 septembre 2008). Sur cette base, l'OAI a adressé un courrier au recourant lui expliquant qu'il envisageait de lui reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 16 juin 2004; toutefois, il l'enjoignait à suivre le traitement médical, précisant qu'un contrôle serait fait régulièrement (cf. courrier de l'OAI du 6 octobre 2008).

Au vu de ce qui précède, il est manifeste que le 11 novembre 2008, l'OAI ne disposait pas d'informations - tant de la part des experts de la PMU que de son SMR - lui permettant de déterminer la date à partir de laquelle il pouvait admettre que le recourant disposait d'une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. En outre, à la suite de l'avis du Secteur LFA, il apparaissait qu'un complément d'instruction médicale était nécessaire. Au demeurant, on ne saurait admettre que l'expertise de la PMU du 23 mai 2008 remplissait les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales, en l'absence de conclusions claires quant à la capacité de travail exigible de la part du recourant. Une instruction complémentaire sur le plan médical était ainsi nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique. Il s'ensuit que l'OAI était fondé à se référer aux rapports d'expertise des Drs M._____ et

C. _____ pour rendre la décision attaquée, ne s'opposant dès lors pas à la jurisprudence de la "second opinion".

Il convient ainsi d'admettre que le projet d'acceptation de rente du 11 novembre 2008 a été adressé avant que l'instruction du dossier ne fût terminée, de sorte que l'OAI était légitimé à se référer aux expertises mises en œuvre par l'assureur-accidents.

b) Il y a encore lieu de préciser que si l'assurance-invalidité doit communiquer sa décision à l'assureur-accidents lorsqu'elle fixe le degré d'invalidité d'un assuré victime d'un accident, l'assureur-accidents n'a pas, faute d'être touché par la décision AI, qualité pour former opposition contre la décision portant sur le droit à une rente d'invalidité ou sur le degré d'invalidité (David Ionta, La légitimation active en assurance-accidents (LAA), in: Aspects de la sécurité sociale, 2008, n° 4, p. 39 s., et les références). En l'occurrence, la lettre de L. _____ Assurance du 7 janvier 2009, mentionnée par l'OAI dans la "fiche d'examen du dossier" du 16 février 2010, ne saurait être considérée comme un recours, mais comme une observation sur le préavis s'agissant de la date à partir de laquelle l'amélioration de l'état de santé a été reconnue par l'intimé. L'OAI a d'ailleurs reconnu, comme on l'a vu ci-avant, qu'il manquait au dossier les éléments permettant de se déterminer sur cet élément. Au demeurant, l'OAI avait averti le recourant par courrier du 25 août 2004, à la suite du dépôt de sa demande, qu'il existait une concertation entre les assureurs préalable à toute décision. Partant, le grief du recourant selon lequel l'intimé n'avait pas à admettre la qualité pour agir de L. _____ Assurance est sans pertinence en l'espèce.

6. Cela étant, l'intimé considère que les éléments au dossier ne lui permettent pas de retenir un degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente AI au-delà du 30 septembre 2004. Il convient dès lors d'examiner les pièces médicales y figurant.

a) Sur le plan psychique, le Dr M. _____ pose les diagnostics d'abus d'alcool (F10.1), de trouble dépressif récurrent, état actuel léger

(F33.0), et de trouble mixte de la personnalité (F61.0). Il explique qu'en l'absence des manifestations requises pour poser un diagnostic de dépendance à l'alcool, il retient l'entité diagnostic d'abus d'alcool selon les critères du DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), dans le sens d'une consommation du produit inadaptée et nuisible à l'intégrité bio-psycho-sociale de l'assuré. Il s'étonne que la problématique alcoolique parfaitement évidente n'ait pas été explicitement rapportée dans le libellé diagnostic de l'expertise de la PMU. Cela étant, il confirme qu'il n'y a pas lieu de conférer de valeur incapacitante à cette problématique, tout en sachant qu'elle peut créer des difficultés relationnelles sur le plan privé (agressivité, violences). Il qualifie ensuite l'épisode dépressif de léger, après examen des caractéristiques définies par la CIM-10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes) et le résultat de l'échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton. Il relève que les six symptômes requis pour retenir un degré de sévérité moyen ne sont pas atteints et que c'est sur la base d'une appréciation semble-t-il subjective que les experts de la PMU ont qualifié de moyen l'épisode dépressif. Il atteste cependant un épisode dépressif de degré moyen ou sévère, très vraisemblablement dans les suites de l'accident du 16 juin 2003, mais qui n'a pas conduit à un traitement spécialisé ni à une hospitalisation, et qui a évolué vers une rémission au vu de ce que rapporte le recourant lui-même et de l'absence de mention d'une problématique psychiatrique à l'issue du séjour à la CRR en été 2004. A cet égard, il précise que "le libellé diagnostic est purement somatique. Il n'y a pas eu de consilium psychiatrique alors que ce type de consilium est la règle dans cet établissement lorsqu'une problématique psychiatrique, même minime, se manifeste en cours de séjour". Le Dr M._____ admet ainsi une incapacité de travail psychiatrique de 60%, sur la base de la tristesse, de la perte d'intérêt, de la fatigue et de la fatigabilité, pour la période du 16 juin 2003 au 30 juin 2004, soit quelques jours avant l'hospitalisation à la CRR le 7 juillet 2004. Finalement, il retient un trouble mixte de la personnalité, conformément à ce que prévoit la CIM-10, constatant un parcours de vie qui n'a rien de banal et qui doit avoir son fondement psychopathologique. Selon le Dr M._____, ce trouble n'est

toutefois pas de sévérité exceptionnelle, il n'a d'ailleurs pas été formellement retenu lors des précédentes évaluations psychiatriques, de sorte qu'il n'y a pas lieu de lui conférer valeur incapacitante. Le Dr M. _____ conclut que depuis le 1^{er} juillet 2004, le recourant a présenté des tableaux dépressifs peu significatifs et qu'il n'y a dès lors pas lieu de retenir d'incapacité de travail psychiatrique dans le métier d'aide de cuisine ou dans une activité adaptée aux limitations physiques.

Compte tenu des considérations qui précèdent, l'appréciation du Dr M. _____ est concluante. Son rapport d'expertise du 29 décembre 2009, convaincant et étayé, remplit les critères posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. ATF 134 V 231 et 125 V 351). En effet, les conclusions se fondent sur les pièces figurant au dossier de l'OAI, deux entretiens avec le recourant ainsi qu'avec son médecin traitant et un entretien de synthèse avec le Dr C. _____ (cf. consid. 6b infra). Il intègre une anamnèse complète du recourant et les plaintes actuelles y sont mentionnées. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les diagnostics sont examinés selon les critères de la CIM-10 et du DSM-IV-TR. Les conclusions, en particulier ce qui concerne l'influence des atteintes à la santé psychique sur la capacité de travail, sont motivées et convaincantes, et il est exposé concrètement et de manière détaillée pour quels motifs le Dr M. _____ ne souscrit pas à l'appréciation des experts de la PMU.

Par ailleurs, l'appréciation du Dr M. _____ à l'encontre des experts de la PMU a fait l'objet d'un examen par le SMR et été admise comme ayant pleine valeur probante (cf. avis médical du 15 mars 2010). On précisera également que le rapport de la Dresse X. _____ du 11 avril 2011 n'est pas de nature à mettre en doute l'appréciation du Dr M. _____ dans la mesure où, à la suite des diagnostics posés comme affectant la capacité de travail (abus d'alcool, trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et trouble de la personnalité mixte), la Dresse X. _____ a indiqué ne pas être en mesure de se prononcer sur la capacité de travail.

Il s'ensuit qu'aucune raison suffisante ne justifie de s'écarter de l'appréciation du Dr M._____. Partant, il convient d'admettre que la capacité de travail du recourant demeure entière sur le plan psychique, aucune atteinte psychiatrique à la santé n'étant reconnue comme ayant un caractère incapacitant. La capacité de travail a toutefois été réduite de 60%, pour la période du 16 juin 2003 au 30 juin 2004.

b) Sur le plan somatique, le Dr C._____ pose les diagnostics de lombalgies chroniques sur status après fracture Burst de L1 (M54.5) et de podalgies bilatérales sur status après fracture complexe des deux calcanéums avec arthrose sous-astragaliennne (Z98.8). L'assuré devait s'orienter vers une activité sans position debout prolongée au-delà de 10 à 15 minutes, sans port de charges supérieures à 10 kg, ni travaux lourds et pénibles. Selon le Dr C._____, une incapacité de travail totale et définitive dans l'activité d'aide de cuisine était justifiée, dans la mesure où elle s'exerçait toujours en position debout. Il estimait qu'une capacité de travail entière pouvait être exigée dans une activité adaptée, par exemple dans le secteur industriel (ouvrier d'usine ou de fabrique), dans les services (surveillant ou gardien), dans le commerce ou l'administration. Il précisait qu'en se basant sur la pratique et l'expérience médicales, on pouvait dire que la situation était stabilisée au deuxième anniversaire de l'accident, et que c'était à partir de cette date qu'une capacité de travail entière pouvait être exigée.

En août 2004, les médecins de la CRR constataient déjà une consolidation acquise avec un matériel d'ostéosynthèse en place, au niveau des pieds et du rachis dorso-lombaire. Ils estimaient que la situation médicale était quasiment stabilisée et que la capacité de travail était nulle dans la profession d'aide de cuisine mais totale dans une activité s'exerçant en terrain stable, sans montées ni descentes fréquentes d'escaliers, sans maintien de postures statiques ni positions accroupies et sans répétition de mouvements en porte-à-faux ni port de charges lourdes (cf. rapport de sortie du 30 août 2004). En septembre 2006, le Dr R._____ retenait qu'en l'absence de douleurs lombaires, toute profession en position assise serait possible pratiquement à plein

temps (cf. rapport d'expertise du 31 octobre 2006). En mars 2008, le Dr J. _____ constatait qu'il subsistait des lombalgies et podalgies bilatérales chroniques mais que les fractures (de L1 et du calcaneum) étaient consolidées. Il estimait que la capacité de travail était entière dans une activité s'exerçant surtout en position assise, avec possibilité de varier la position sans mouvements monotones et répétitifs continus, sans levages de poids réguliers supérieurs à 8 kg, et évitant les expositions à des vibrations (cf. rapport d'expertise de la PMU du 23 mai 2008).

Cela étant, les avis médicaux sont concordants quant à l'incapacité de travail totale et définitive (depuis l'accident et à l'avenir) dans l'activité habituelle d'aide de cuisine. Ils le sont également s'agissant de la capacité de travail totale dans une activité respectant les limitations fonctionnelles engendrées par les atteintes somatiques précitées; ainsi, l'assuré doit s'orienter vers une activité s'exerçant essentiellement en position assise, ne requérant pas la position debout au-delà de 10 à 15 minutes, sans port de charges supérieures à 10 kg, ni travaux lourds et pénibles, évitant les expositions aux vibrations et les montées et descentes fréquentes d'escaliers. Le Dr C. _____ a énuméré un certain nombre d'activités compatibles avec l'état de santé du recourant, compte tenu des limitations établies. Finalement, il convient d'admettre une pleine capacité de travail dès le 1^{er} juillet 2004, eu égard au rapport de sortie du 30 août 2004 de la CRR. En effet, au terme d'un séjour de plus d'un mois dans le service de réadaptation générale de cette institution, il a été retenu que la situation était quasiment stabilisée et que la capacité de travail était totale dans une activité adaptée. Il s'agit d'un constat découlant d'observations concrètes. L'appréciation du Dr C. _____, selon laquelle la situation du recourant pouvait être stabilisée au deuxième anniversaire de l'accident, soit en juin 2005, est quant à elle basée sur la pratique et l'expérience médicales. On ne saurait dès lors préférer à l'appréciation concrète des médecins de la CRR l'appréciation plus théorique du Dr C. _____ et posée plus de cinq ans après les faits. Partant, il convient d'admettre que la capacité de travail du recourant demeure entière sur le plan physique dès le 1^{er} juillet 2004, aucune

atteinte somatique n'étant reconnue comme ayant un caractère incapacitant.

c) A l'aune de ce qui précède, la Cour de céans retient qu'à la suite de l'accident du 16 juin 2003 et jusqu'au 30 juin 2004, la capacité de travail du recourant était réduite de 60%, eu égard aux atteintes psychiatriques et somatiques (évaluation globale; cf. Jacques Meine, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, in: L'expertise médicale, Genève 2002, p. 23 ss; François Paychère, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, ibidem, p. 147). C'est dès lors à juste titre que l'intimé lui a alloué une rente d'invalidité dès le 16 juin 2004, soit à l'issue du délai d'attente d'une année (art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007), et jusqu'au 30 septembre 2004 (art. 88a al. 1 RAI).

Dès le 1^{er} juillet 2004, la capacité de travail du recourant, tant sur les plans somatique que psychique, était entière dans une activité adaptée. Dans ces conditions, il ne pouvait prétendre à une rente d'invalidité au-delà du 30 septembre 2004; la décision du 16 mai 2011 n'est dès lors pas critiquable sur ce point.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) Le recourant ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ailleurs, la procédure est onéreuse et le recourant, qui voit ses conclusions rejetées, devrait en principe supporter les frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Il a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du juge instructeur de la Cour des assurances sociales du 20 juillet 2011, de sorte que les frais judiciaires, de même qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont provisoirement à la charge du canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant sera tenu à remboursement dès qu'il est en mesure de le faire

(art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD) et le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

c) Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, Me Agier a produit une liste de ses opérations pour une durée de 18 heures 30 au total. Cela paraît toutefois excessif eu égard à la procédure suivie. Le décompte produit n'expose pas de manière détaillée le temps consacré à chaque opération, mais la lecture de tout le dossier LAA ainsi que le nombre total de conférences avec le recourant (quatre) dont il fait mention ne sauraient être retenues comme des opérations devant être indemnisées dans la présente cause. En effet, Me Agier défend le recourant depuis 2006; il connaissait donc le dossier de son client au moment d'être désigné d'office ainsi que le dossier LAA. Quoiqu'il en soit, Me Agier a déposé un mémoire de recours relativement bref (5 pages), accompagné d'un courrier d'une page dont un paragraphe concerne une demande d'appel en cause, et un mémoire réplique de deux pages. Au regard de l'ensemble des actes de procédure accomplis, on doit considérer que le mandat d'office justifie neuf heures de travail. Compte tenu d'une rémunération de 180 fr. de l'heure (art. 2 al. 1 let. a RAJ), à laquelle s'ajoutent la TVA et les débours demandés par le recourant (41 fr., TVA comprise), une indemnité totale de 1'790 fr. 60 est adéquate.

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

prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 16 mai 2011 est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Jean-Marie Agier, conseil du recourant, est arrêtée à 1'790 fr. 60 (mille sept cent nonante francs et soixante centimes), TVA comprise.
- V.** Il n'est pas alloué de dépens.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Intégration Handicap, Service juridique (pour U._____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- K._____
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est également communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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

La greffière :