

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 novembre 2010

---

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE  
Juges : Mmes Thalmann et Röthenbacher  
Greffier : Mme Vuagniaux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**L.**\_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat à la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** L.\_\_\_\_\_, né en [...], d'origine [...], [...], a chuté le 6 janvier 2002, se blessant à l'épaule droite. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents a pris le cas en charge (ci-après : la CNA). Le 14 janvier 2003, L.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) en sollicitant un reclassement dans une nouvelle profession.

L'assuré a séjourné à la clinique Z.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> au 24 octobre 2002. Le 21 octobre 2002, le Dr J.\_\_\_\_\_, service de psychosomatique, a diagnostiqué un trouble dépressif majeur (F32.3), vraisemblablement de degré sévère, à situer dans le contexte de difficultés existentielles actuelles (décès de proches à la guerre et accident de travail) et justifiant à lui seul une totale incapacité de travail dès le 25 octobre 2002. Le praticien a exposé que ce trouble, qui n'était pas forcément évident chez un homme qui voulait masquer ses difficultés psychologiques, pouvait expliquer une majoration des plaintes douloureuses qui aurait alors valeur de symptôme dépressif. Dans leur rapport du 21 novembre 2003, les médecins du service de réadaptation générale ont préconisé une poursuite ambulatoire de la prise en charge psychothérapeutique et l'introduction d'un antidépresseur à moyen terme.

Dès lors que seuls des problèmes psychiques empêchaient l'assuré de reprendre une activité professionnelle, la CNA a mis fin à ses prestations au 12 janvier 2003.

Dans un rapport médical du 7 février 2003, la Dresse X.\_\_\_\_\_, médecine générale, a diagnostiqué des cervico-brachio-scapulalgies droites post-traumatiques sans substrat orthopédique ou neurologique, ainsi que des troubles dépressifs majeurs, estimant que son patient était en totale incapacité de travail depuis le 6 janvier 2002.

Mandaté par l'assureur perte de gain, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a produit un rapport le 22 mai 2003. Il a considéré qu'à partir du 11 avril 2003, jour de l'expertise, la capacité de travail de l'assuré était supérieure ou égale à 70 % dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques objectives. Il a diagnostiqué un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale avec « hystérisation secondaire » (évoluant vers la névrose de compensation), ainsi qu'un état dépressif majeur de degré léger (DD : trouble de l'adaptation avec humeur dépressive de degré léger). Son appréciation du cas était la suivante :

« Le tableau clinique ne semble pas actuellement celui d'un état dépressif majeur sévère. Il est difficile de parler ici d'un apragmatisme, d'une aboulie, d'un retrait social marqué. Le discours ne traduit pas une vision négative de soi, des autres, du futur. Il n'y a pas de ruminations à thème de culpabilité ou d'idées suicidaires. Il ne présente pas un ralentissement psychomoteur, la mimique n'est pas franchement dépressive, il ne se montre pas émotif, ne pleure pas durant l'entretien. Il évoque le décès de son frère en 1992 et de son père en novembre 2002 sans manifester de fortes émotions.

On retient que depuis sa sortie de la clinique Z.\_\_\_\_\_, Monsieur L.\_\_\_\_\_ n'a pas eu une attitude régressive, notamment quand il s'est agi de retourner en [...] pour des problèmes familiaux. Il a pu entreprendre des démarches auprès de sa protection juridique suite à l'interruption des prestations de la SUVA. Nous retenons toutefois une certaine irritabilité, troubles du sommeil anamnestiques, peut-être une légère baisse de l'élan vital qui, actuellement, valent tout au plus pour un épisode dépressif léger.

Le Dr J.\_\_\_\_\_ (consilium psychiatrique du 16.10.2002) évoque un trouble dépressif majeur sévère chez un sujet alors à l'humeur abaissée, s'effondrant en larmes lorsqu'on aborde son bilan existentiel. Malgré les recommandations du Dr J.\_\_\_\_\_, à ce jour Monsieur L.\_\_\_\_\_ n'a jamais bénéficié de traitement antidépresseur ou d'approche psychologique. Il n'a consulté que la semaine précédent le présent entretien, le CPS [...].

Pour expliquer la discordance d'appréciation entre notre observation et celle du Dr J.\_\_\_\_\_ d'octobre 2002, rappelons que durant son hospitalisation à la clinique Z.\_\_\_\_\_ Monsieur L.\_\_\_\_\_ a eu de graves soucis liés aux problèmes de santé de son père qui ont d'ailleurs motivé l'interruption prématurée de son séjour le 24.10.2002. Son père est décédé le 1.11.2002. Actuellement nous pouvons affirmer que le processus de deuil semble s'être déroulé normalement ce qui, a posteriori, aurait été plus difficile si le sujet souffrait d'un épisode dépressif majeur sévère. Rétrospectivement, nous pouvons plutôt parler d'un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive sévère.

Enfin, nous relevons que tous les rapports médicaux en notre possession jusqu'en août 2002, ne mentionnent jamais l'existence

de symptômes ou plaintes qui pourraient suggérer l'existence d'un état dépressif moyen ou sévère.

L'hypothèse d'un état de stress post-traumatique lié au décès de son frère en 1992 en [...] est difficile à soutenir. Les faits se sont déroulés il y a plus de 10 ans et n'ont, jusqu'à ce jour, jamais entravé le fonctionnement personnel, professionnel et familial du sujet. Le Dr J. \_\_\_\_\_ n'évoque pas non plus un état de stress post-traumatique. Pour notre part, nous ne voyons pas quel lien de causalité pourrait exister entre le banal accident du 6.1.2002 et une éventuelle réactivation des symptômes émotionnels liés aux événements traumatisants de 1992.

Sinon le tableau clinique est essentiellement dominé par une symptomatologie d'exclusion du bras droit avec des cervico-brachialgies droites. Les investigations somatiques ont permis d'exclure une origine organique à l'origine des symptômes présentés par Monsieur L. \_\_\_\_\_. Ses limitations semblent d'ailleurs plus subjectives qu'objectives, car observé durant notre expertise, nous relevons que l'assuré peut serrer la main avec une force normale, puis par la suite réaliser les tests psychométriques en écrivant son nom, la date et répondre aux différentes questions en écrivant de la main droite.

De plus, en l'observant à son insu, nous constatons que Monsieur L. \_\_\_\_\_ mobilise son bras et son épaule de manière beaucoup plus importante qu'il le prétend sans manifester par sa mimique l'existence d'une douleur intolérable.

En l'absence de symptômes digestifs, urogénitaux ou d'autres plaintes neurologiques, un trouble de somatisation ou un trouble somatoforme indifférencié semble peu probable. Nous n'avons pas non plus les critères en faveur d'un trouble factice, une hypocondrie. Un trouble de conversion hystérique lege artis semble très peu probable. De surcroît, nous ne relevons pas d'antécédent de troubles de conversion.

L'accident n'est pas survenu en rapport de temporalité avec une situation de stress existentielle majeure. Enfin, Monsieur L. \_\_\_\_\_ n'en fait pas un récit dramatique et n'a pas adopté depuis un comportement régressif, une tendance infantile vis-à-vis de son entourage que l'on retrouve fréquemment dans les troubles hystériques post-traumatiques.

C'est donc plutôt le trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale qui est l'hypothèse la plus vraisemblable. Certes, on pourrait parler ici d'une forme "d'hystérisation secondaire" si l'on tient compte d'un comportement globalement démonstratif et des symptômes particulièrement atypiques sans corrélation neuro-anatomique (pseudo-hémi-négligence du bras droit; symptômes sensitifs; paresthésies et hyperesthésies).

Le trouble douloureux qui évolue vers une sorte "d'hystérisation secondaire" n'offre, dans les faits, guère de différence avec la névrose de compensation. Celle-ci peut être interprétée comme une forme "de retraitée anticipée" relativement acceptable socialement compte tenu de l'âge du sujet. Classiquement dans ce type d'évolution, rentrent en ligne de compte un certain nombre de facteurs qui apparaissent directement liés aux conditions de travail :

- 1) activité physiquement lourde avec peut-être des difficultés à suivre le rythme, compte tenu du vieillissement; poste dangereux avec impossibilité, compte tenu des problèmes physiques, à reprendre le poste antérieur.
- 2) l'absence de qualification professionnelle et les limitations linguistiques lui ferment de nouvelles perspectives professionnelles. Le statut d'invalidé lui offre alors de nombreuses solutions à des problèmes de réalité.

Rien n'indique dans les éléments du dossier et au vu de notre examen clinique que Monsieur L.\_\_\_\_\_ présente un trouble significatif de la personnalité prémorbide. Certes, il s'agit d'un sujet probablement fruste, peu scolarisé mais jusqu'à ce jour, il a fait preuve de bonnes capacités d'adaptation et d'intégration. Il a toujours bien fonctionné tant au niveau familial, relationnel que professionnel jusqu'aux faits qui nous occupent.

• **Qu'en est-il de la capacité de travail de l'assuré(e) en fonction des troubles psychiatriques susmentionnés ?**

Juger de la capacité de travail dans ces troubles douloureux post-traumatiques suivis d'une sorte d'hystérie secondaire est souvent un exercice difficile qui exige un examen de cas en cas afin de distinguer entre les atteintes ayant valeur de maladie de celles qui n'ont pas de valeur de maladie dans le cadre des assurances sociales. En particulier, l'exigibilité ici doit être soumise en principe de proportionnalité.

Quoi qu'il en soit pour avoir valeur gravement invalidante, résister au traitement le trouble douloureux avec hystérisation secondaire doit survenir de l'avis de l'expert sur un terrain psychopathologique objectif en regard de ce que l'on observe dans les grandes pathologies psychiatriques invalidantes. En effet, dans la pratique on ne manque pas de constater combien l'évolution et le pronostic de ce type de pathologie sont étroitement conditionnés par la résolution des problèmes de mise en invalidité et d'indemnisation.

Outre le caractère bénin de l'accident incriminé, nous retenons que celui-ci ne survient pas dans un contexte psychosocial défavorable :

1. L'entente conjugale et les relations avec l'entourage familial semblent a priori bonnes.
2. Monsieur L.\_\_\_\_\_ semble depuis 1980 avoir démontré de bonnes capacités d'intégration socio-professionnelles en Suisse.
3. Il ne semble pas exister de problématique économique, administrative telle une menace de renvoi au moment des faits qui nous occupent.
4. Enfin dans l'histoire personnelle du sujet, nous ne relevons pas d'antécédents de maltraitance, de carence affective majeure.
5. Il ne semble pas exister d'hérédopathie de troubles psychiatriques.
6. Rien ne semble indiquer que Monsieur L.\_\_\_\_\_ ait des antécédents de troubles psychiatriques ou d'épisodes de conversion hystérique.
7. Actuellement, il présente des signes et symptômes dépressifs légers, susceptibles, de surcroît, d'évoluer favorablement sous traitement antidépresseur bien conduit.
8. Le décès de son frère durant la guerre en [...] en 1992 ne semble pas suffisant pour évoquer un état de stress post-traumatique et de surcroît, n'a jamais eu de retentissement sur sa capacité de travail jusqu'à ce jour.

En conclusion Monsieur L.\_\_\_\_\_ a été victime d'un banal accident sans grand dommage physique objectif. Celui-ci n'a pas été suivi de manifestations émotionnelles aiguës, ni d'une évolution régressive qui pourraient évoquer une hystérie post-traumatique. Il s'agit ici d'une simple contusion de l'épaule D qui se prolonge indéfiniment avec une forme "d'hystérisation secondaire" qui est probablement d'élaboration plus consciente, mais qui n'a guère de différence avec "la névrose de compensation".

Monsieur L.\_\_\_\_\_ a développé un probable trouble de l'adaptation avec humeur dépressive sévère (DD : état dépressif sévère) en octobre-novembre 2002 en rapport avec une situation personnelle et

des soucis familiaux qui semble avoir évolué favorablement par le cours naturel des choses. Aucun traitement antidépresseur, malgré les recommandations faites par la clinique Z.\_\_\_\_\_, n'a été débuté par la Dresse X.\_\_\_\_\_.

Evaluer la capacité de travail dans ce type de trouble psychique est aussi délicat car on peut anticiper à l'avance les divergences d'opinion entre le médecin traitant et le médecin expert. Cela paraît d'autant plus inévitable que pour ce type précis de pathologie le caractère volontiers dramatique des plaintes, la tendance à l'exagération, la suggestibilité du sujet, rendent difficile l'évaluation objective de la capacité de travail par le médecin traitant. En effet, ce dernier fait, par définition, le postulat de sincérité de son patient qui tient bien entendu une place fondamentale dans la relation médecin/malade quand on se situe dans le champ d'un mandat de traitement. Dans le mandat d'expertise, la mission du praticien est tout autre, car il doit évaluer des plaintes de façon critique en procédant à une démarche exhaustive indispensable pour l'évaluation exacte de l'exigibilité qui respecte le principe souverain de l'égalité de traitement entre tous les assurés.

Ici, le diagnostic de trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale associé à un état dépressif léger, en l'absence de trouble de la personnalité atteignant le seuil diagnostic, vaut au maximum pour une incapacité de travail actuelle ne dépassant pas 30 %. Comme mentionné précédemment le contexte psychosocial est favorable.

Pour le reste, l'adoption d'un statut d'invalidé apparaît ici sortir du champ médical.

L'expert recommanderait ici d'éviter surtout la multiplication des gestes médicaux ou chirurgicaux invasifs à visée exploratoire car le risque de iatrogénèse et de chronicisation est important.

Du point de vue médical, les quelques symptômes de la lignée dépressive, notamment les troubles du sommeil anamnestiques et l'irritabilité pourraient répondre favorablement, si l'observance au traitement est respectée, à la prescription par exemple d'un antidépresseur tel le Remeron® le soir ou un SSRI (Zoloft®, Deroxat®) ».

Par décision du 27 mai 2003 entrée en force, l'assureur perte de gain a mis fin aux prestations allouées depuis le 13 janvier 2003 avec effet au 30 septembre 2003, au motif que l'assuré pouvait travailler au moins à 70 % dans une activité adaptée à son état de santé somatique.

Dans un rapport du 29 janvier 2004, le Dr M.\_\_\_\_\_ et la Dresse S.\_\_\_\_\_, respectivement médecin adjoint et médecin assistante, à l'Unité de psychiatrie Y.\_\_\_\_\_, ont indiqué que l'assuré bénéficiait, depuis avril 2003, d'un traitement psychiatrique et médicamenteux antidépresseur. Ils ont posé les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, d'épisode dépressif moyen (F32.1) existant depuis avril

2003 et d'état de stress post-traumatique (F43.1) existant depuis 1992. Compte tenu des atteintes à la santé tant psychiques et que physiques, ils ont préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire dans le but de déterminer la capacité de travail exigible. A cet égard, ils ont estimé que l'assuré était en arrêt de travail depuis janvier 2002 principalement en raison de ses limitations physiques et qu'une partie de sa symptomatologie psychiatrique s'amenderait si les problèmes somatiques pouvaient se résoudre.

L'assuré a été examiné le 12 octobre 2004 au Service médical régional AI (ci-après : le SMR). Dans son rapport du 8 novembre 2004, la Dresse H.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, a diagnostiqué un état anxio-dépressif mixte (F41.2) chez une personnalité fruste. Elle a retenu que l'assuré était en incapacité totale de travail depuis le 6 janvier 2002, mais que l'on pouvait exiger de lui qu'il travaille à 70 % dans une activité adaptée à partir de mai 2003. Ses conclusions étaient les suivantes :

« Nous nous trouvons donc en face d'un assuré qui a présenté un état dépressif majeur attesté en 2001 (recte : 2002) par le Dr J.\_\_\_\_\_ s'inscrivant dans le cadre de la blessure narcissique subie par l'accident mineur de janvier 2002 et traduisant la réactivation du deuil de 2002 et du conflit de loyauté occulté par cette personnalité fruste, rigide, peu capable de mentalisation, avec actuellement un état régressif marqué assimilable à un état anxio-dépressif mixte (F41.2). Cet état régressif qui en soi ne constitue pas une cause d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique s'accompagne toutefois d'un certain nombre de limitations fonctionnelles détaillées ci-dessous qui diminuent certainement le rendement de l'assuré de 30 % dans une activité adaptée. L'importance du déconditionnement de cet assuré rend très improbable sa réintégration dans son activité habituelle.

Nous ne pouvons retenir le diagnostic d'état de stress post-traumatique, les plaintes, symptômes et la clinique présentés par l'assuré n'évoquant pas ce diagnostic : en effet les ruminations et les images du passé, en particulier du début de la guerre en [...] sont à intégrer dans le tableau régressif, correspondant à une sorte de macération mentale douloureuse.

#### **Les limitations fonctionnelles**

Anhédonie, repli, retrait, ainsi que douleurs et gêne fonctionnelle du membre supérieur droit ».

L'assuré a glissé sur une plaque de glace le 29 janvier 2005. Dans un rapport médical du 19 mai 2005, le Dr U.\_\_\_\_\_, médecin

assistant au Centre hospitalier [...], a diagnostiqué une fracture type « Burst » L1, une notion de hernie discale de localisation inconnue (anamnésique) et un trouble dépressif traité, entraînant une incapacité totale de travail depuis l'accident.

Par décision du 5 avril 2006, l'OAI a alloué à L. \_\_\_\_\_ une rente entière du 1<sup>er</sup> janvier au 31 juillet 2003, fondée sur une totale incapacité de travail et de gain. A partir du 1<sup>er</sup> août 2003, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé, l'office lui a accordé un quart de rente, fondé sur une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée, telle industrielle légère ou de surveillance d'un processus de production, et un degré d'invalidité de 42 pour-cent.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 18 mai 2006, en faisant valoir que son état de santé ne s'était pas amélioré et en demandant la production d'un rapport médical de la part de son psychiatre traitant, la Dresse Q. \_\_\_\_\_.

Dans un rapport du 8 novembre 2006, la Dresse Q. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué qu'elle suivait l'intéressé depuis le 26 avril 2004 et a diagnostiqué un état dépressif récurrent, épisode actuel sévère depuis 2002 (F33.2) et un état algique chronique dû à des problèmes de l'appareil locomoteur depuis 2002. Elle a exposé que l'état dépressif de son patient s'était péjoré depuis le rapport médical du SMR du 12 octobre 2005 (recte : 8 novembre 2004). En effet, celui-ci présentait une humeur fortement déprimée, d'importants troubles de la concentration et de l'attention, une perte de l'estime de soi et de la confiance en soi, une fatigue chronique, une attitude désespérée face à l'avenir, une détresse face à la maladie de sa femme et un sommeil perturbé. Elle a estimé que l'incapacité totale de travail reconnue à partir du 6 janvier 2002 se poursuivait.

Dans un rapport médical du 27 avril 2007, la Dresse X. \_\_\_\_\_, a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de cervico-brachio-scapulalgies droites post-traumatiques sans substrat

neurologique ou orthopédique, lombalgies chroniques, status post-fracture du mur antérieur L1, troubles dépressifs majeurs et trouble somatoforme douloureux. A son avis, l'assuré était toujours incapable de travailler dans toute activité.

Le 14 mai 2007, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ a relevé que l'état de santé de son patient s'était progressivement péjoré, notamment en raison de l'angoisse liée à l'état de santé de son épouse et à une éventuelle perte d'emploi.

Par décision sur opposition du 22 août 2007, l'OAI a confirmé sa décision du 5 avril 2006 en relevant que les documents médicaux versés au dossier dans le cadre de l'opposition n'apportaient aucun élément susceptible de modifier les conclusions du rapport du SMR du 8 novembre 2004 et en soutenant que les rapports médicaux de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ étaient moins étayés que V.\_\_\_\_\_, lequel devait par ailleurs être préféré à ceux du médecin traitant.

**B.** Agissant par l'intermédiaire de son avocat, Me Jean-Marie Agier, L.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision sur opposition du 22 août 2007, en concluant à sa réforme dans le sens d'un droit à une rente entière d'invalidité « après le 31 décembre 2004 ». Il a soutenu qu'une amélioration de son état de santé en 2003 n'était pas prouvée au regard des rapports des 8 novembre 2006 et 14 mai 2007 de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ et en application du principe du degré de vraisemblance prépondérante.

Par lettre du 15 octobre 2007, l'OAI n'a pas souhaité se déterminer.

**C.** Le juge instructeur a ordonné une expertise pluridisciplinaire le 2 février 2009, laquelle a été confiée au [...]. Dans leur rapport du 7 septembre 2009, la Dresse N.\_\_\_\_\_, rhumatologue interniste FMH, et le Dr B.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, ont considéré que moyennant une période de réentraînement au travail de quelques mois, le recourant pouvait exercer une activité adaptée à plein temps, avec

diminution de rendement de 30 % en raison de la persistance du trouble dépressif majeur, de degré léger à moyen. Ils ont notamment exposé ce qui suit :

#### **A.4. DIAGNOSTICS**

##### **A.4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :**

- Syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4
- Trouble dépressif majeur d'intensité légère à moyenne F32.1
- Omarthrose débutante et arthrose acromio-claviculaire bilatérale avec conflit sous-acromial prédominant à droite M19.9 et M75.0
- Spondylodiscarthrose associée à une spondylose hyperostosante, sans myélopathie ni radiculopathie actuelle (avec EMG positif en 2005 pour L5-S1 ddc) M47.8
- Gonarthrose prédominant à gauche M17.9

##### **Depuis quand sont-ils présents ?**

2002 pour le syndrome douloureux somatoforme persistant et le trouble dépressif majeur; 2002 pour les atteintes à l'épaule droite; 2005 pour le rachis et la gonarthrose : période actuelle.

#### **A.5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC**

(...)

##### **Evolution au plan somatique**

M. L. \_\_\_\_\_ qui a travaillé dans une activité physiquement pénible depuis son jeune âge a présenté il y a une quinzaine d'années des douleurs lombaires ayant justifiée des IT temporaires, principalement aux mois d'hiver, saison où il lui était plus pénible de tenir le coup sur les chantiers. A partir d'un accident à priori banal ayant occasionné une contusion d'épaule en janvier 2002, il développe un syndrome douloureux irréductible initialement localisé au bras avec d'importantes autolimitations. Un séjour à la clinique Z. \_\_\_\_\_ met en évidence la coexistence d'un état dépressif sévère qui à lui seul justifiait une IT totale et la mise en place d'un traitement. M. L. \_\_\_\_\_ ne s'y est pas montré compliant initialement. L'évolution s'est faite vers un syndrome douloureux diffus, dépassant nettement le territoire anatomique des lésions dégénératives connues, lesquelles restaient compatibles avec son âge, son travail de force. Depuis 2002, il n'a plus retravaillé.

Dans ce tableau de douleurs extensives, de discordances, de résistance thérapeutique, nous trouvons un homme qui fait bien son âge, obèse, amplement déconditionné, ce qui correspond à la vie quotidienne sédentaire qu'il décrit. L'examen clinique reste toutefois peu relevant chez un patient qui ne collabore pas de façon optimale, qui émet des mouvements oppositionnels vifs, de contre-pulsion attestant d'une force résiduelle et d'une fonction globale conservée. Au plan radiologique, même si les plaintes dépassent les territoires concernés, nous retenons une spondylose hyperostosante, un status

après fracture-tassement de L1 se compliquant d'une angulation de 20°, sur un terrain de spondylodiscarthrose connue, stable tel qu'en attestent les comparaisons des radiographies actuelles à celles de 2003. Il n'y a pas de signe d'appel neurologique, ce qui signe l'absence d'évolution de lésion sténosante.

Au plan des membres supérieurs, il a aggravé radiologiquement son conflit sous-acromial, il ébauche une omarthrose alors que les lésions dégénératives acromio-claviculaires sont assez marquées. Au plan clinique, l'expertisé s'en accommode assez bien, il garde une bonne force d'abduction qu'il nous démontre en contrepulsant aux tests visant à tester les abaisseurs.

Quant aux gonalgies, elles sont aussi en relation avec des atteintes dégénératives, assez bien compensées, sans épanchement.

Pour le travail de [...], l'évolution des lésions dégénératives des épaules, l'apparition d'une gonarthrose, de la fracture de L1 ayant aggravé le status douloureux rachidien, il y a lieu, d'admettre une IT totale. Dans une activité adaptée la capacité est entière moyennant un stage de reconditionnement au travail sur 6 mois.

### **Appréciation sur le plan psychiatrique**

Confronté dès l'enfance à une mère décrite comme toujours malade, l'expertisé doit très tôt lui venir en aide, d'autant plus qu'il est l'aîné des garçons de la fratrie. Placé très tôt dans le rôle de soutien de famille, il développe une attention particulière aux autres, leur venant en aide financièrement, comme il le fera pour la veuve de son frère et sa famille. Il se doit donc de réussir sa vie professionnelle, pour garder sa fonction de sauveur.

Lors de la guerre en [...] en 1992, il vole au secours de sa femme et de ses enfants, les ramenant en Suisse lors d'un périple marqué de nombreux dangers. Il est confronté aux visions dramatiques de massacres lors de son voyage, mais reprend le travail à son retour.

L'accident de janvier 2002 est venu bouleverser cet état de fait, tant sur le plan de la réalité, que psychologiquement. L'expertisé perd sa capacité de travailleur de force, ce qui se traduit symboliquement par l'exclusion de son bras droit, qui ne récupère pas sa fonction, malgré des traitements adéquats sur le plan somatique. Dans ce contexte fragilisé, la maladie et la mort de son père viennent renforcer son insécurité, Il présente alors un trouble dépressif majeur, constaté à la clinique Z.\_\_\_\_\_ par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Les accidents successifs de janvier 2003 et janvier 2005, jalonnent l'évolution négative de l'expertisé, qui développe un tableau douloureux, non entièrement explicable par des affections somatiques. Nos constatations au cours de la présente expertise bidisciplinaire nous amènent à poser le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Nous avons par ailleurs retenu le diagnostic de trouble dépressif majeur léger à moyen (F32.1), qui décrit le mieux les troubles thymiques présentés par l'expertisé.

Divers diagnostics ont été posés chez M. L.\_\_\_\_\_ par les psychiatres consultés au titre de médecin traitant, de médecin de la clinique Z.\_\_\_\_\_ et du SMR ou d'expert. Voici en quoi nous nous écartons ou non de leur appréciation :

Le trouble dépressif constaté par le Dr J. \_\_\_\_\_ nous paraît congruent avec la situation de réalité de l'expertisé, qui quitte peu après la clinique Z. \_\_\_\_\_ pour se rendre au chevet de son père mourant.

Nous nous écartons de l'avis des psychiatres de l'Unité de psychiatrie Y. \_\_\_\_\_, lorsqu'ils posent le diagnostic d'un "état de stress post traumatique", existant depuis 1992. Même si l'expertisé a été profondément marqué par les visions d'horreur de massacres au cours de son voyage en [...], il n'a pas présenté de signes cliniques parlant en faveur d'un état de stress post-traumatique (cauchemars répétitifs, reviviscences de l'expérience traumatique à l'état de veille). De plus, sa capacité de travail est restée entière durant dix ans, ce qui contredit ce diagnostic.

Nous nous écartons également du diagnostic de "trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale", posé par le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier assimile l'évolution de M. L. \_\_\_\_\_ à une "hystérisation secondaire", évoluant vers une "névrose de compensation". L'expertisé ne présente pas de troubles dissociatifs ou hystériques de conversion, qui supposent un phénomène reposant sur des déterminants inconscients.

Nous ne comprenons pas non plus le glissement sémantique d'une hystérisation secondaire vers une névrose de compensation. Face à un tel tableau, n'aurait-il pas été logique de réfuter toute incapacité chez l'expertisé ? Le Dr V. \_\_\_\_\_ admet quant à lui une incapacité de travail de 30 %, qui sera reprise dans les évaluations ultérieures au SMR. De plus, les changements professionnels qu'a connu l'expertisé, par exemple en 1995, lorsqu'il quitte la [...], n'ont rien à voir avec une quelconque instabilité, mais sont purement conjoncturels (dépôt de bilan de l'entreprise). La trajectoire professionnelle de M. L. \_\_\_\_\_ a été linéaire jusqu'en janvier 1992.

L'examen du 08.11.2004 au SMR par la Dresse H. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pose un diagnostic d'"état anxiodépressif mixte chez une personnalité fruste". Alors qu'un examen bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique était préconisé par la Dresse [...], médecin chef du SMR, l'aspect somatique est passé sous silence et le tableau douloureux présenté par l'expertisé n'est pas évoqué. Nous nous écartons de son diagnostic d'état anxiodépressif mixte chez une personnalité fruste.

Quant à la Dresse Q. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, elle donne de son patient, suivi depuis 2005, une description clinique évoquant un trouble dépressif majeur sans commentaires sur les douleurs de l'expertisé. Seule la Dresse X. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, évoque le diagnostic de "trouble douloureux somatoforme".

Afin de nous déterminer quant aux éventuelles limitations fonctionnelles présentes chez l'expertisé, nous reprendrons quelques uns des signes cliniques décrits par la Dresse Q. \_\_\_\_\_, médecin traitant, en les comparant à nos propres constatations :

- "Fort abaissement de l'humeur". Nous constatons chez l'expertisé une distance émotionnelle probablement induite par le traitement antidépresseur, même lorsqu'il évoque sa situation actuelle auprès de son épouse malade. Le peu d'expression d'affects dépressifs contraste avec le contenu du discours.

- "Fatigue chronique... diminution de l'activité... perturbation du sommeil". L'expertisé prend actuellement un traitement lourd de tranquillisants (Xanax® retard 2 mg 3 cp / j et Seresta® 50 mg) qui est confirmé par les résultats des tests sanguins pour l'alprazolam, soit 148 nmol/l (valeur normale 15 à 100 nmol/l). Les troubles de la concentration et de l'attention, la fatigabilité, les troubles du sommeil nocturne et la somnolence diurne, peuvent s'expliquer en partie par une médication trop sédatrice.
- "Idées de dévalorisation". La perte de son statut de [...], de travailleur de force et de sa capacité de travail prive en effet M. L. \_\_\_\_\_ de sa possibilité de soutenir les siens comme il l'a toujours fait jusqu'en 2002. Il devient au contraire tributaire de l'aide de ses enfants, ce qui aggrave son sentiment d'échec. L'expertisé tente de garder son rôle de chef de famille respecté.

En présence d'un syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4), les critères dits de Mosimann doivent être discutés :

### **Critères de pronostic défavorable**

- Personnalité présentant des traits prémorbides
  - o Il n'y a pas de trouble prémorbide de la personnalité.
- Comorbidité psychiatrique
  - o L'expertisé présente un trouble dépressif majeur, de degré léger à moyen (F32.1)
- Affections corporelles chroniques
  - o Omarthrose débutante et arthrose acromio-claviculaire bilatérale avec conflit sous-acromial prédominant à droite (M19.9 et M75.0)
  - o Spondylodiscarthrose associée à une spondylose hyperostotante, sans myélopathie ni radiculopathie actuelle (avec EMG positif en 2005 pour L5- S1 ddc) (M47.8)
  - o Gonarthrose prédominant à gauche (M17.9)
- Perte d'intégration sociale
  - o On note un retrait social relatif, qui relève chez l'expertisé d'un repli sur sa famille proche. L'expertisé garde néanmoins des contacts avec des amis, tout en les voyant peu.
- Eventuel profit tiré de la maladie
  - o L'expertisé est très entouré par sa famille, bénéficiant de l'aide quotidienne de ses enfants et de leurs conjoints. Une partie de cette aide est à mettre sur le compte de l'état de santé de son épouse.
- Caractère chronique (sur plusieurs années)
  - o Les douleurs durent depuis plus de huit ans.
- Echec des traitements conformes aux règles de l'art
  - o L'expertisé reçoit un traitement adéquat du point de vue antidépresseur, avec une amélioration relative de sa thymie. Le traitement anxiolytique est surdosé, ce qui entraîne quelques effets secondaires. Sur le plan somatique, nous avons relevé des taux d'analgésiques inférieurs à ceux correspondant aux doses quotidiennes alléguées par

l'expertisé. On ne peut donc pas parler d'échec des traitements conformes aux règles de l'art.

### **Critères pour un refus de rente**

- Divergences entre douleurs décrites et comportements observés
  - o Il existe une discordance entre les plaintes subjectives et le comportement autolimitant de l'expertisé (importantes contre-pulsions à l'examen somatique). Il allègue une complète inactivité alors que d'après nos constatations objectives, son état physique et psychique ne contre-indiquerait pas une reprise graduelle d'activité adaptée.
- Allégation d'intenses douleurs à caractéristiques vagues
  - o L'assuré décrit des douleurs débordant des zones concernées par les diverses atteintes somatiques que nous avons relevées.
- Absence de demande de soins
  - o L'expertisé a été régulièrement suivi sous l'angle somatique, à la faveur des accidents survenus en janvier 2002, 2003 et 2005. Sur le plan psychiatrique, il a montré une certaine réticence à admettre la nécessité d'un traitement de soutien et médicamenteux. Ce n'est que depuis 2005 qu'il a investi son traitement auprès de la Dresse Q.\_\_\_\_\_, qui le suit régulièrement depuis lors. Il n'y a donc pas à proprement parler d'absence de demande de soins.
- Grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse
- Pas de divergence notable.
- Plaintes très démonstratives laissant l'expert insensible
  - o L'expertisé se montre peu communicatif et renfermé. Il n'exprime que peu ses affects. L'examen somatique est rendu difficile par de fréquentes contre-pulsions. L'ensemble de ce comportement tend à restreindre le mouvement d'empathie des experts à son égard.
- Allégation d'un lourd handicap, malgré un environnement psycho-social intact
  - o Voir la réponse ci-dessus à la discussion de la perte d'intégration sociale.

En ce qui concerne l'évolution du degré d'incapacité de travail de 100 % à 30 %, contesté par l'expertisé par la voie de son conseil, elle relève de l'appréciation du Dr V.\_\_\_\_\_, corroborée par la Dresse H.\_\_\_\_\_. Comme relevé plus haut, l'hypothèse d'une "hystérisation secondaire" correspondant selon le Dr V.\_\_\_\_\_ à une névrose de compensation, ne devrait théoriquement donner lieu à aucune incapacité de travail. Si l'expert mandaté par [...] a retenu une incapacité maximale de travail de 30 %, c'est vraisemblablement en rapport avec le diagnostic d' "état dépressif majeur de degré léger".

Quant à la Dresse H.\_\_\_\_\_, elle retient un taux d'incapacité de travail de 30 %, imputable selon elle au seul "état anxiodépressif mixte chez une personnalité fruste" (F41.2) qu'elle a relevé chez M. L.\_\_\_\_\_.

Il ne s'agit donc pas d'une amélioration de l'état de santé de l'expertisé, mais d'une appréciation différente de la part de l'expert et du médecin du SMR de celle des médecins traitants, qui estiment quant à eux que l'incapacité de l'expertisé reste inchangée de 100 % depuis le 06.01.2002.

Sous réserve de l'évaluation juridique des critères jurisprudentiels liés au diagnostic de trouble somatoforme douloureux, nous estimons que la persistance d'un trouble dépressif majeur de degré léger à moyen, malgré la prise d'un traitement régulier, justifie toujours en soi une réduction de 30 % de la capacité de travail exigible de l'expertisé dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques.

## **B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL**

### **B.1 LIMITATIONS EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATES**

#### **Au plan physique**

- > Eviter les activités en hauteur avec les bras et des charges de plus de 8 kg avec chaque bras, sans que le port de charge ne dépasse la hauteur de la ceinture
- > Eviter les engins à vibrations avec les membres supérieurs
- > Favoriser une activité semi-sédentaire avec alternance de position
- > Eviter la position à genoux prolongée ou accroupie
- > Eviter les déplacements longs ou fréquents avec escaliers ou escabeaux

#### **Au plan psychique et mental**

- > Il existe un déconditionnement psychologique chez l'expertisé, qui l'empêche d'envisager une reprise d'activité et l'amène à se cantonner dans une attitude pessimiste

#### **Au plan social**

- > Le mauvais état de santé de son épouse peut constituer un facteur péjorant dans les possibilités de coping de l'expertisé avec des mesures professionnelles »,

Le 8 octobre 2009, l'OAI a constaté que les experts confirmaient sa position, à savoir que le recourant présentait une capacité de travail de 70 %, pour des raisons psychiatriques, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Dans ses déterminations du 12 novembre 2009, le recourant a relevé que dès lors que les experts avaient reconnu que son état de santé ne s'était pas amélioré en mai 1993 (recte : 2003), il n'existait pas de motif de révision de sa rente. Il a conclu à la réforme de la décision

querellée, soit au maintien de l'octroi d'une rente entière « après le 31 juillet 2003 ».

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

**1.** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, le recours est recevable (art. 58 al. 1 et 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

**2.** Est litigieux le droit du recourant à une rente entière d'invalidité, au lieu d'un quart de rente, au-delà du 31 juillet 2003.

**3. a)** Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; TFA I\_388/06 du 25 avril 2007, consid. 3.2).

Selon l'art. 17 LPGA, 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349, 113 V 273 consid. 1a p. 275; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372 et 387 consid. 1b p. 390). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108).

**b)** En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; TFA I\_514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.

**c)** Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par 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 et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

**4.** Le 16 octobre 2002, le Dr J.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un trouble dépressif majeur, vraisemblablement de degré sévère, à situer dans un contexte de difficultés existentielles (décès de proches à la guerre et accident du travail) et justifiant à lui seul une totale incapacité de travail. Cet avis était partagé par la Dresse X.\_\_\_\_\_ le 7 février 2003. Le 22 mai 2003, le Dr V.\_\_\_\_\_ a retenu un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale avec hystérisation secondaire évoluant vers une névrose de compensation, ainsi qu'un état dépressif majeur de degré léger; il a estimé la capacité de travail du recourant à 70 %. La Dresse S.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué le 29 janvier 2004 un épisode dépressif moyen et un état de stress post-traumatique. Concernant la capacité de travail, elle a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire dans la mesure où le recourant présentait des atteintes tant physiques que psychiques. Le 12 octobre 2004, la Dresse H.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'état anxio-dépressif mixte chez une personnalité fruste et estimé que l'on pouvait exiger du recourant qu'il travaille à 70 %. Les 8 novembre 2006 et 14 mai 2007, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ a fait état d'une aggravation de l'état de santé du recourant et retenu un état dépressif récurrent, épisode actuel sévère, justifiant une totale incapacité de travail depuis le 6 janvier 2002. Enfin, dans leur rapport du 7 septembre 2009 - lequel remplit tous les critères jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante (cf. supra, consid. 3c) -, les experts N.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et trouble dépressif majeur d'intensité légère à moyenne, présents depuis 2002, et ont considéré qu'après une période de réentraînement de quelques mois,

on pouvait exiger de l'intéressé qu'il exerce une activité adaptée à plein temps, avec diminution de rendement de 30 % en raison de la persistance du trouble dépressif.

Les experts relèvent qu'il n'y a pas eu d'amélioration de l'état de santé et que l'évaluation de la capacité de travail du recourant procède d'une appréciation différente, d'une part des Drs V.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ qui estiment que celui-ci peut travailler à 70 % et, d'autre part, des médecins traitants qui considèrent que l'incapacité de l'expertisé reste inchangée à 100 % depuis le 6 janvier 2002 (pp. 45-46 de l'expertise). Or, il convient de relever que l'incapacité totale de travailler retenue par l'OAI de janvier 2002 à avril 2003 est basée sur le rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ du 21 octobre 2002 qui fait état d'un trouble dépressif majeur, vraisemblablement de degré sévère, à situer dans un contexte fragilisé (perte du recourant de sa capacité de travailleur de force, difficultés de récupération du bras droit et maladie du père venant renforcer ce sentiment d'insécurité) (p. 42). Les experts expliquent de manière convaincante que le trouble dépressif constaté par le Dr J.\_\_\_\_\_ leur paraît congruent avec la situation de réalité de l'expertisé, qui a quitté la clinique Z.\_\_\_\_\_ pour se rendre au chevet de son père mourant (p. 42). Ensuite, dans son rapport du 22 mai 2003, consécutif à son examen du 11 avril 2003, le Dr V.\_\_\_\_\_ expose que le tableau clinique ne semble pas celui d'un état dépressif majeur sévère, que le recourant n'a pas eu d'attitude régressive, notamment lorsqu'il s'est agi de retourner en [...] pour des problèmes familiaux, que le processus de deuil de son père semble s'être déroulé normalement et qu'il n'existe aucun lien entre le banal accident du 6 janvier 2002 et une éventuelle réactivation des symptômes émotionnels liés aux événements traumatisants de 1992. Il diagnostique ainsi tout au plus un épisode dépressif léger et un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive sévère. Il y a donc bien eu une amélioration de l'état de santé psychique du recourant à partir d'avril 2003.

Les appréciations de la capacité de travail exigible des médecins traitants n'emportent pas la conviction de la Cour. On ne peut

que se rallier à l'opinion des experts N.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ qui s'écartent du diagnostic d'état de stress post-traumatique posé par les psychiatres de l'Unité de psychiatrie Y.\_\_\_\_\_ existant depuis 1992. En effet, même si l'expertisé a été profondément marqué par les visions d'horreur de massacres au cours de son voyage en [...], il n'a pas présenté de signes cliniques parlant en faveur d'un état de stress post-traumatique (cauchemars répétitifs, reviviscences de l'expérience traumatique à l'état de veille) et sa capacité de travail est restée entière durant dix ans (p. 42). Quant à la Dresse Q.\_\_\_\_\_, les experts exposent à juste titre qu'elle évoque un trouble dépressif toutefois sans faire de commentaires sur les douleurs de l'expertisé. Le peu d'expression d'affects dépressifs constaté par la praticienne est en contraste avec le contenu du discours et les troubles de la concentration et de l'attention, la fatigabilité, les troubles du sommeil nocturne et la somnolence diurne peuvent s'expliquer en partie par la médication actuelle trop sédative (traitement lourd de tranquillisants, confirmé par les tests sanguins). Enfin, la question du caractère - en l'occurrence non invalidant - du trouble somatoforme douloureux a été examinée en détail par les experts (pp. 44-45).

Vu ce qui précède, il apparaît que l'OAI était fondé à octroyer au recourant une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1<sup>er</sup> janvier 2002 au 31 juillet 2003, soit trois mois après l'amélioration de santé constatée (cf. art. 88a RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]), puis à considérer que celui-ci pouvait exercer, à partir du 1<sup>er</sup> août 2003, une activité à plein temps adaptée à ses limitations fonctionnelles, avec diminution de rendement de 30 % en raison de la persistance du trouble dépressif majeur d'intensité légère à moyenne.

**5.** Reste à déterminer le degré d'invalidité sur cette base.

**a)** 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 [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS

831.20]). 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 est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003 et applicable en l'espèce ratiōne temporis, les personnes assurées avaient droit à une rente entière si elles étaient invalides à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente si elles étaient invalides à 50 % au moins ou à un quart de rente si elles étaient invalides à 40 % au moins. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, les personnes assurées ont droit à une rente entière si elles sont invalides à 70 % au moins, à trois quarts de rente si elles sont invalides à 60 % au moins, à une demi-rente si elles sont invalides à 50 % au moins ou à un quart de rente si elles sont invalides à 40 % au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré actif, le revenu qu'il 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 utiles, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

**b)** Le revenu hypothétique de la personne valide 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\_651/2008 du 9 octobre 2009, consid. 6.1.2.1).

Dans le cas particulier, le recourant exerçait la profession de [...] et aurait gagné, sans son atteinte à la santé en 2003, soit au moment de l'amélioration de la capacité de travail, un salaire mensuel de 4'835 fr. selon la CCT, payable treize fois l'an. Il en résulte ainsi un revenu hypothétique annuel de valide de 62'855 francs.

**c)** S'agissant du gain d'invalidé, dans la mesure où le recourant n'a pas, selon les pièces au dossier, repris d'activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles, il y a lieu de se référer aux données statistiques telles qu'elles résultent des chiffres de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique, singulièrement aux salaires bruts standardisés en se fondant sur la valeur médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel pouvaient prétendre, en 2002, les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), à savoir 4'557 fr. par mois, part au 13<sup>e</sup> salaire comprise (tableau TA1, niveau de qualification 4), soit 54'684 fr. par année. Comme les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de 40 heures, ce salaire doit être converti à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures; La Vie économique 3-2010, tableau B 9.2, p. 94), ce qui représente 57'008 fr. 07 (54'684 fr. : 40 x 41,7). Adapté à l'évolution des salaires de 2002 à 2003 (+ 1,4 %; La Vie économique 3-2010, tableau B 10.2, p. 95), il en résulte un revenu annuel de 57'806 fr. 18 à 100 %, soit 40'464 fr. 33 à 70 pour-cent.

Le revenu d'invalidé déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut encore faire l'objet d'un abattement. La mesure dans laquelle ces salaires doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une

déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; TF 9C\_1047/2008 du 7 octobre 2009, consid. 3.1; TF 9C\_354/2009 du 7 décembre 2009, consid. 5.1). Il convient d'examiner ce qu'il en est, dans le cas concret, du taux d'abattement fixé par l'OAI. En principe, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2).

En l'espèce, il est constant que le recourant présente des limitations fonctionnelles liées à l'atteinte au bras droit et un déconditionnement psychologique. C'est donc à juste titre que l'administration a retenu un abattement de 10 %, ce qui conduit à retenir un revenu avec invalidité de 36'417 fr. 90 (40'464 fr. 33 x 90 %).

**d)** Le calcul de la perte économique du recourant (soit du degré d'invalidité) est par conséquent le suivant :

$$(62'855 \text{ fr.} - 36'417 \text{ fr. } 90) : 62'855 \text{ fr.} \times 100 = 42,06 \%$$

ce qui est suffisant pour ouvrir le droit à un quart de rente d'invalidité (cf. supra, art. 28 al. 1 LAI) à partir du 1<sup>er</sup> août 2003.

**6.** Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

**7.** Il n'y a pas lieu de percevoir d'émoluments judiciaires ni d'allouer de dépens dès lors que 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 est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 22 août 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Il n'est pas perçu d'émoluments judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jean-Marie Agier, avocat à la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (pour L. \_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

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).

La greffière :