

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 mai 2011

---

Présidence de M. ABRECHT  
Juges : Mme Thalmann et M. Bidiville, assesseur  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**E.** \_\_\_\_\_, à Renens, recourant, représenté par Me Olivier Burnet, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 29 al. 2 Cst.; 6ss, 16 et 17 LPGA; 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** E. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), ressortissant turc, né en 1958, travaillait depuis le 1<sup>er</sup> août 1984 comme poissonnier pour le compte de N. \_\_\_\_\_, à [...]. Le 29 mai 2001, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation au cours duquel, en voulant éviter une voiture arrivant en sens inverse, il a percuté un mur; il en est résulté une entorse cervicale avec cervico-brachialgies droites sur hernie discale C5-C6.

**b)** Le 1<sup>er</sup> octobre 2002, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé).

Dans un rapport médical du 23 octobre 2002 adressé à l'OAI, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a estimé que l'assuré présentait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et une diminution de rendement de 50% dans une activité adaptée.

**c)** Mandaté par l'assureur LAA (La L. \_\_\_\_\_ Suisse) en qualité d'expert, le Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et chirurgie orthopédique, a déposé un rapport en date du 23 juin 2003. Suite à un examen clinique effectué le 12 juin 2003, il a diagnostiqué une petite hernie discale C5-C6 droite sans signes de compression radiculaire, un status après distorsion cervicale modérée, une uncarthrose cervicale modérée, mais présente déjà avant l'accident et des probables troubles somatoformes avec composante psychique possible, sinon probable. L'expert a estimé que, du point de vue orthopédique, la capacité de travail de l'expertisé était de 50 % dans le métier pratiqué au moment de l'accident.

L'expert A. \_\_\_\_\_ a produit, en annexe à son rapport, un bilan radiologique du 13 juin 2003 qu'il avait sollicité auprès du Dr

Q.\_\_\_\_\_, radiologue spécialisé en chirurgie osseuse et du rachis, auprès de la Clinique [...], à [...], dont il ressort ce qui suit:

- la colonne cervicale présente une petite uncarthrose préexistante au traumatisme C5-C6. Dans l'évolution des IRMS, on ne note aucune image de hernie discale intracanaulaire ou foraminale, ni aucune séquelle de lésion traumatique osseuse. Tout au plus existe-t-il la persistance d'une petite rectitude du segment cervical C3-C6;
- de tout petits corps métalliques au niveau cérébral, en particulier des fosses temporales, et de la selle turcique;
- le reste du bilan osseux est dans les limites de la norme, si ce n'est une discopathie L4-L5 et L5-S1.

Pour sa part, l'expert A.\_\_\_\_\_ a fait les constatations suivantes:

#### "Diagnostic

- petite hernie discale C5-C6 droite sans signes de compression radiculaire;
- status après distorsion cervicale modérée;
- uncarthrose cervicale modérée, mais présente déjà avant l'accident;
- probables troubles somatoformes avec composante psychique possible, sinon probable.

#### Discussion

J'ai noté plusieurs discordances dans l'anamnèse et dans l'examen clinique du patient, de même que dans l'étude du dossier:

- Le patient ne sait plus s'il avait attaché sa ceinture [lors de l'événement du 29 mai 2001], mais il déclare qu'il s'est cogné la tête contre le pare-brise à gauche. S'il avait eu sa ceinture, dans une grosse Mercedes, à la suite d'un choc oblique latéral gauche, il est probable qu'il ne se serait pas cogné la tête.
- Le radiologue (1<sup>ère</sup> IRM) parle, pour l'indication à cet examen, d'un coup du lapin. Il n'y a certainement pas eu de traumatisme par décélération, puisqu'il s'est agit d'un choc latéral, et non d'un choc arrière.
- Le Dr C.\_\_\_\_\_, le 12 juillet 2001, parle d'une entorse cervicale et le [...] (13 juillet 2001) parle d'une contusion cervicale.

- Le patient est démonstratif et ses réactions sont exubérantes, ne correspondant pas au status clinique.
- Alors que la pression axiale sur la tête, en position assise, déclenche des douleurs chez le patient, ce qui est assez fréquent, curieusement l'extension manuelle de la colonne cervicale qui, d'habitude, soulage les patients souffrant de celle-ci, non seulement ne le soulage pas, mais provoque également des douleurs.
- Le patient est droitier, il ne travaille plus depuis une année et déclare que les efforts et le port de choses lourdes se font majoritairement du côté gauche. Cependant je n'ai pas noté, aux périmètres, d'atrophie musculaire au membre supérieur droit par rapport au gauche, ce à quoi on aurait pu s'attendre.
- Je note également que le Dr H. \_\_\_\_\_ a mentionné déjà, en octobre 2001, que le patient paraissait assez démonstratif et que la mobilité était instable à cause d'une réaction antalgique immédiate, alors qu'à la consultation d'urgence au [...] (certificat initial du 13.7.01), il est noté que la mobilité cervicale est complète.
- Il est curieux de constater que le patient déclare avoir eu mal à sa nuque alors qu'il était au [...] en urgence le jour de son accident, mais qu'il a attendu une semaine pour consulter son médecin traitant, et qu'il n'est pas allé travailler pendant cette semaine.
- Il est également curieux que le patient, qui a travaillé à 50% jusqu'à son admission à la clinique de Sion, le 22 mai 2002, donc pendant pratiquement une année, qui déclare ne pas avoir été amélioré par ce séjour, mais qui ne déclare pas qu'il y a eu péjoration non plus, ait été déclaré de nouveau à la sortie de Sion, le 12 juin 2002, à l'incapacité de travail complète par une instance médicale de Lausanne, alors que la clinique de Sion considérait sa capacité de travail comme étant de 50% dans le métier de poissonnier.

[...]

Le psychiatre de Sion, le Dr X. \_\_\_\_\_, a diagnostiqué un état dépressif, ce qui confirme donc qu'il y a un état psychologique chez le patient, influençant le cours de son affection.

Pour ma part, compte tenu de mes constatations, j'estime qu'au point de vue purement orthopédique et somatique, le patient doit être capable de travailler à 50% dans le métier pratiqué au moment de l'accident, comme il l'avait fait pendant l'année qui a suivi l'accident.

Si le Dr B. \_\_\_\_\_, de [...], estime que la capacité de travail du patient est définitivement nulle, ce qui semble être confirmé par les dires du patient, il me paraît que la composante psychique que je soupçonne fortement devrait être évaluée par un psychiatre.

[...]

Je puis donc répondre de la manière suivante aux questions que vous me posez:

[...]

Au point de vue physique, le patient présentait certainement un état antérieur, peut-être inconnu, mais qui consistait en une arthrose modérée des facettes articulaires postérieures de la colonne cervicale et, comme déjà constaté par plusieurs médecins avant moi, une petite hernie discale C5-C6 droite qui n'était certainement pas due à l'accident.

[...]

S'il y a eu un choc contre le pare-brise, à mon avis cela signifie que le patient n'avait pas mis sa ceinture de sécurité.

S'il n'y a pas eu de choc contre le pare-brise, le fait qu'il se soit agi d'un choc latéral avec glissement de la voiture contre un mur, me fait dire qu'il ne s'est pas agi d'un choc brusque, mais d'un mouvement progressif.

Une entorse cervicale est dans ces conditions possible, mais on ne peut pas considérer qu'il s'agit d'une entorse grave.

Etant donné les discordances que j'ai relevées, il est difficile de se prononcer d'une manière plus précise sur la causalité de l'état actuel.

Il y a certainement eu des conséquences de cet accident. Une discordance supplémentaire consiste dans le fait que le patient a déclaré à la gendarmerie qu'il avait mal aux deux mains, avec des éraflures et que la gendarmerie n'a mentionné ces blessures dans son rapport.

Ceci ne veut pas dire qu'il n'y a pas eu une entorse cervicale, compte tenu du fait que les douleurs cervicales ne surviennent pas toujours immédiatement après un accident, mais bien avec un temps de latence qui peut aller entre 1 et 3 jours.

[...]

J'ai noté ci-dessus que l'état physique du patient me paraissait tout à fait compatible avec un travail de poissonnier au moins à 50%, c'est-à-dire dans les conditions où il se trouvait avant d'aller à la clinique de Sion.

[...]

Pour ma part, je suis d'accord avec les opinions des médecins qui m'ont précédés, c'est-à-dire qu'il n'y a aucune indication chirurgicale concernant ce patient. Une éventuelle intervention sur l'espace C5-C6 risquerait beaucoup trop de péjorer encore plus l'état du patient. Seul un traitement conservateur pourrait être envisagé.[...]

En ce qui concerne les questions relatives à l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale, pour ma part je ne pense pas que l'on puisse déclarer que le patient souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique.[...]"

**c)** Mandaté en qualité d'expert psychiatre par l'assureur d'indemnités journalière pour perte de gain en cas de maladie, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Genève, a établi son rapport en date du 21 juillet 2003. Il a posé le diagnostic d'exagérations symptomatiques pour des motifs non médicaux et a relevé que l'existence d'une atteinte à l'intégrité mentale était exclue. Il ressort notamment de son rapport les éléments suivants:

"Analyse de la distorsion

Introduction

Lorsque l'entretien était terminé, l'expert prenait un peu de recul avec ce qui avait été dit et analysait ses notes pour savoir en quoi les informations avancées par l'assuré pouvaient avoir été influencées, consciemment ou non, par divers mécanismes de distorsion. Cette recherche d'objectivité relevait de son travail systématique et non d'attitudes particulières de l'assuré.

A ce titre, celui-ci [l'expert] s'employait à déterminer quels étaient les mécanismes de distorsion mis en jeu (classiquement la dissimulation d'informations, l'exagération ou la minimisation et le mensonge [...]); et les signes d'alerte de ces mécanismes mentaux (par exemple les contradictions, la découverte d'une non compliance médicamenteuse etc.).

#### Evitement

Les questions relatives aux activités quotidiennes exercées par l'assuré obtenaient des réponses évasives ne permettant pas de se faire une représentation claire de ses activités. Celui-ci devait même être interrogé plusieurs fois jusqu'à ce qu'une image à peu près réaliste puisse émerger.

Inversement, interrogé quant à ses activités professionnelles antérieures, l'assuré devenait très concret et donnait des exemples à l'appui.

Cette tendance à éviter de répondre aux questions ne pouvait pas relever d'une carence éducative ni d'un défaut des facultés neurocognitives considérées comme normales. Il s'agissait donc d'un évitement à répondre aux questions relatives aux conséquences fonctionnelles des troubles psychiques annoncés. [...].

Ceci laissait supposer que l'assuré faisait bien plus d'activités qu'il ne le laissait entendre et vraisemblablement aussi plus agréables que ce qu'il rapportait.

#### Dissimulation

Lorsque l'assuré omettait de parler de ses consommations éthyliques réelles, à en juger par un taux de GGT élevé et à une CDT également importante il dissimulait, consciemment ou non, certains de ses symptômes.

Consécutivement, il induisait l'expert et ses médecins dans des attitudes médicales (diagnostics, traitements, pronostics de rétablissement) erronées.

Ceci mettait en lumière sa capacité à moduler la présentation de ses symptômes psychiatriques et relativisait finalement ses plaintes.

#### Fausse amnésie

Lorsque l'assuré disait ne pas connaître l'origine des fragments métalliques à la base de son crâne, de toute évidence, il affirmait des contrevérités.

Il n'existait pas de motif psychiatrique, vu l'histoire rapportée, permettant de penser qu'il ne connaissait pas l'origine d'atteintes physiques antérieures à son accident.

#### Bénéfices secondaires de la maladie

Sur un plan familial, l'assuré avait une épouse très atteinte qui devrait être aidée dans les activités de la vie quotidiennes. Dans ces conditions, consciemment ou non, il pouvait avoir intérêt à vouloir se maintenir proche d'elle pour la soutenir de manière humaniste et pratique. [...]

#### Traitement antalgique

L'expert s'étonnait de l'absence d'utilisation plus large des traitements antalgiques par l'assuré alors même que celui-ci se plaignait de souffrir au point d'en ressentir des limitations fonctionnelles s'il portait des charges lourdes.

Cette attitude n'était pas conforme à celle d'une personne mettant tout en œuvre pour retrouver sa capacité de travail, fût-elle partielle.

#### Non compliance

L'assuré mentait lorsqu'il prétendait suivre son traitement antidépresseur de Tryptizol à en juger par des taux sérologiques quasiment nuls le jour de l'entretien avec l'expert. Ces taux nuls ne correspondaient pas non plus à un oubli d'adhésion thérapeutique la veille de l'entretien.

L'absence de sincérité entretenue avec l'expert et les praticiens permettait de conclure qu'il n'existait pas de rapport de confiance avec l'assuré. Si celui-ci voulait réellement progresser sur le plan psychiatrique, il disposait de tous les traitements et du réconfort moral nécessaires, mais il ne les utilisait pas. Sans doute jugeait-il ne plus en avoir besoin.

Consécutivement, il induisait l'expert et ses médecins dans des attitudes médicales (diagnostics, traitements, pronostics de rétablissement) erronées. Ceci mettait en lumière sa capacité à moduler la présentation de ses symptômes psychiatriques autant que son rapport de l'adhésion thérapeutique.

Vu de l'extérieur, cette attitude obligeait l'expert à relativiser les plaintes de l'assuré.

L'assuré montrait aussi qu'il jugeait ne pas avoir besoin d'antidépresseurs car son état ne le justifiait plus.

#### Conclusions

Non exhaustivement, ces observations relatives à la distorsion, sans exclure la présence de troubles psychiques résiduels, rendaient compte d'une modulation importante de l'assuré sur la description de sa capacité fonctionnelle et sur une motivation, consciente ou non, à exagérer l'intensité de ses troubles psychiques réels.

Ré analysées, les conséquences des symptômes étaient nettement moins intenses que ce qui était laissé à croire en début d'entretien.

A ce titre, l'expert relevait que, selon le DSM-IV, la simulation était une intention, consciente ou non, de produire, de modifier ou d'exagérer grossièrement des symptômes physiques ou psychiques en étant motivé par des intentions externes à la maladie, telles que l'évitement du travail, l'obtention de compensations financières ou encore pour assurer de meilleures conditions de vie. Une simulation devait être fortement suspectée en présence de l'une ou de plusieurs des manifestations suivantes:

- L'existence d'un contexte médico-légal lié à l'expertise,
- une discordance importante entre la souffrance et l'incapacité rapportée par le sujet et les résultats objectifs de l'examen,
- un manque de coopération au cours de l'évaluation diagnostique et un manque d'observance des traitements médicaux prescrits et,
- l'existence d'une personnalité antisociale.

L'assuré répondait donc à trois des quatre critères de la simulation (au sens d'exagération de l'impact fonctionnel des symptômes psychiatriques et sans nier leur existence) selon le DSM-IV.

#### Code diagnostic CIM-10

Z 76.2: Exagérations symptomatiques pour des motifs non médicaux.

[Réponses aux questions]

5. L'assuré présente-t-il un état préexistant et/ou indépendant de l'accident influençant l'évolution post-accidentelle?

En premier lieu, il ressortait que l'assuré n'était très probablement pas une personne sincère lorsqu'il évoquait ne pas connaître l'origine des fragments métalliques dans son corps. Dès lors, l'expert en venait à penser que le tableau psychique présenté par l'assuré avant les faits et l'examen médical en général n'étaient pas apportés objectivement.

En outre l'analyse de la distorsion réalisée en cours d'entretien permettait de conclure que l'assuré avait des motifs conscients ou non à vouloir attribuer à une symptomatologie minime une incompatibilité fonctionnelle de 100% qu'elle n'avait pas.

Le fait que l'assuré puisse intégrer socialement normalement tout au long de sa vie professionnelle avant l'accident était un argument pour penser qu'il n'avait pas subi de troubles psychiques majeurs ayant un impact fonctionnel. [...]

6. Un état psychique indépendant de l'accident existe-t-il? Si oui, quel est cet état et quel est le pourcentage de cet état dans son incapacité de travail actuelle?

Au moment de notre entrevue, l'expert ne pouvait pas attester de troubles psychiques majeurs.

Tout au plus pouvait-il suspecter des consommations d'alcool nocives pour la santé dans une proportion difficile à estimer.

Dès lors, il n'existait pas de troubles psychiques influençant la capacité de travail actuelle.

Pour des motifs psychiatriques, au moment de notre entrevue, l'assuré avait une capacité de travail de 100%.

7. L'état actuel est-il une conséquence totale ou partielle de l'accident?

De manière certaine, l'état psychique de l'assuré ne peut pas être mis en rapport avec l'accident du 29 mai 2001.

En revanche, l'assuré présente des motifs conscients ou non à vouloir infléchir son status clinique pour faire penser à l'existence d'une incapacité fonctionnelle de travail.

8. Existe-t-il une atteinte durable et importante à l'intégrité mentale?

L'examen psychiatrique et l'examen de la capacité fonctionnelle présentés par l'assuré permettaient à l'expert d'exclure l'existence d'une atteinte à l'intégrité mentale chez l'assuré."

**d)** Interrogé par écrit par le SMR (Service médical régional AI Léman; Dr T.\_\_\_\_\_) au sujet des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail exigible de l'assuré dans une activité adaptée, le Dr A.\_\_\_\_\_ a écrit le 30 décembre 2003 que les limitations fonctionnelles sur un plan somatique consistaient en une diminution de la flexion antérieure du rachis avec une distance doigt-sol d'à peine 50 cm, en une diminution de la force de préhension de la main droite par rapport à gauche et en une diminution de l'inclinaison latérale droite et de la rotation à droite du rachis cervical; il ne pouvait en revanche pas se

prononcer clairement sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée dès lors qu'il n'avait pas eu connaissance des conclusions de l'expertise psychiatrique.

Après avoir pris connaissance de l'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_ du 21 juillet 2003, le Dr A. \_\_\_\_\_ a apporté, le 30 août 2004, les précisions suivantes:

"Pour motifs psychiatriques, au moment de l'expertise, l'assuré avait une capacité de travail de 100%.

Dans votre lettre du 23 juillet 2004, vous me priez de vous indiquer quelle est la capacité de travail exigible de M. E. \_\_\_\_\_ dans une activité adaptée.

Comme mentionné dans mon expertise, j'ai estimé que dans son activité de poissonnier, le patient avait une capacité de travail de 50%.

Dans une activité adaptée, c'est-à-dire sans devoir porter de lourdes charges, sans devoir rester debout longtemps, avec des positions debout et assis alternées, avec possibilité de pause de repos d'environ une 1/2 heure par demie journée, compte tenu de mes observations faites lors de mon examen clinique du 12 juin 2003, j'estime que le patient doit être considéré comme apte à travailler à 80%, c'est-à-dire à travailler 8 demie journées par semaine.

L'incapacité de travail de 20%, qui représente 8 heures par semaines, est due aux limitations fonctionnelles que j'ai constatées et que j'ai décrites dans ma lettre du 30 décembre 2003 à la Dresse T. \_\_\_\_\_."

**e)** Dans un rapport d'examen SMR du 17 novembre 2004, la Dresse T. \_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit:

"Cet assuré a été victime d'un accident de la circulation en date du 29.05.2001, avec une évolution défavorable se manifestant par des cervico-brachialgies chroniques séquellaires. Lors d'un séjour à la CRR [Clinique Romande de Réadaptation de la SUVA à Sion], du 22.05.02 au 12.06.02, il avait été retenu: cervico-brachialgies chroniques et état dépressif avec un assuré considéré comme incapable de travailler à 50% en raison d'une intrication des deux problématiques.

Sur le plan somatique, l'assuré a été vu par le Dr A. \_\_\_\_\_, qui retient une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et une capacité de travail exigible de 80% dans une activité adaptée. Une expertise effectuée pour l'assurance perte de gains par le Dr W. \_\_\_\_\_ en juillet 03 n'avait pas mis en évidence de pathologie psychiatrique invalidante résiduelle. Au contraire, l'expert avait mis en évidence trois des quatre critères de la simulation (au sens d'exagération de l'impact fonctionnel des symptômes psychiatriques et sans nier leur existence) selon le DSM 4. Le diagnostic retenu est

une exagération symptomatique pour des motifs non médicaux dès lors, ne pouvant influencer la capacité de travail exigible de cet assuré.

Par conséquent, nous pouvons considérer que même si cet assuré a présenté un état dépressif, diagnostiqué lors du séjour à la CRR en mai 02, celui-ci s'est amendé pour finalement ne plus être invalidant dès juin 03. Des mesures professionnelles peuvent donc être mises en place rapidement s'il y a lieu, et je reste à disposition pour d'éventuels renseignements complémentaires. En ce qui concerna l'évolution de la capacité de travail exigible avant juin 2003, nous devons retenir les IT mentionnées dans le rapport employeur et indemnisées par l'assurance accident. Par contre, dès juin 2003, la capacité de travail exigible était de 50% dans l'activité habituelle et de 80% dans une activité adaptée."

**f)** L'assuré a bénéficié de mesures professionnelles sous la forme d'un stage d'observation au Centre Oroph-COPAI (actuel Orif) d' [...] du 30 mai 2005 au 24 juin 2005. Selon un rapport du médecin-conseil de l'Oroph (le Dr I. \_\_\_\_\_) du 25 juin 2005, au terme du stage effectué, le groupe d'observation - suivi dans son appréciation par ce médecin-consultant -, a admis une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée.

**g)** L'assuré a ensuite bénéficié d'un stage d'orientation auprès du Centre d'Intégration Professionnelle (CIP) de Genève, section APAIL (Atelier de préparation à des activités industrielles légères) du 21 novembre 2005 au 26 février 2006. Selon un rapport APAIL du 14 mars 2006, il ressortait que théoriquement, l'assuré pouvait être réadapté dans un emploi industriel léger à plein temps avec un rendement de 80% au minimum; toutefois, dans le cadre du stage APAIL, l'assuré n'avait pas réussi à atteindre des rendements supérieurs à 60%, ceux-ci fluctuant autour de la barre des 50%.

**h)** Sur demande de l'OAI, N. \_\_\_\_\_ a communiqué, par lettre du 24 avril 2006, que le salaire annuel de l'assuré réalisable en 2003 dans le poste de chef poissonnier aurait été de 70'800 francs, soit 5'900 fr. servis douze fois l'an sans gratifications supplémentaires. Selon une notice d'entretien téléphonique du 2 mai 2006, l'ancien employeur a confirmé à l'OAI qu'il n'y avait plus eu de versement de gratifications à compter de l'année 2002.

**i)** Le 2 mai 2006, la Division administrative de l'OAI a établi son rapport final, contenant le calcul des revenus avec et sans invalidité réalisables pour l'année 2003 (le début de l'aptitude à la réadaptation de l'assuré étant fixé au 12 juin 2003, selon le rapport d'examen SMR du 17 novembre 2004).

**B. a)** Le 3 novembre 2006, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision lui reconnaissant le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2002 et jusqu'au 31 août 2003 (soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé intervenue en juin 2003), puis à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> septembre 2003 en raison d'un taux d'invalidité de 41%.

Il y constate que depuis le 29 mai 2001 (date de l'accident et début du délai d'attente d'un an), la capacité de travail de l'assuré, qui avait travaillé jusqu'alors en tant que chef poissonnier, est considérablement restreinte. Jusqu'au 12 juin 2003, la capacité de travail et de gain de l'assuré a été nulle dans toute activité professionnelle. L'assuré a bénéficié de mesures professionnelles sous forme d'un stage d'observation ainsi que d'un stage d'orientation auprès du CIP de Genève, dont il ressort que sa capacité de travail est de 80 % dans une activité adaptée à son état de santé. Des pièces médicales au dossier, il ressort que la capacité de travail de l'assuré est, depuis le 12 juin 2003, de 50% dans son activité habituelle et de 80% dans une activité adaptée à son état de santé, soit dans une activité qui ne comporte pas de lourdes charges, pas de station debout prolongée, avec alternance des positions et possibilité de pause de repos d'environ une demi-heure par demi-journée. Le revenu qu'il peut réaliser dans une activité adaptée doit être déterminé en se référant aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2002, 4'557 fr. par mois, part au 13<sup>e</sup> salaire comprise. Après adaptation de ce montant à la durée hebdomadaire du travail usuelle dans les entreprises en 2002 et à

l'évolution des salaires nominaux de 2002 à 2003, l'OAI obtient un revenu annuel de 57'806 fr. 18, soit 46'244 fr. 95 pour une activité exercée à 80%. Après un abattement de 10% compte tenu du taux d'occupation, l'OAI retient en définitive un revenu annuel d'invalidé de 41'620 fr. 45. La comparaison de ce revenu avec le revenu annuel de 70'800 fr. auquel l'assuré pourrait prétendre sans atteinte à la santé dans son ancienne activité donne une perte de gain de 29'179 fr. 55 et donc un degré d'invalidité de 41.00%. Par conséquent, l'assuré a droit à une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> mai 2002 et jusqu'au 31 août 2003, mais dès le 1<sup>er</sup> septembre 2003, la rente entière doit être remplacée par un quart de rente.

**b)** L'assuré a formulé ses objections contre ce projet de décision par écriture du 1<sup>er</sup> décembre 2006.

**c)** Par décision du 18 décembre 2007, l'OAI a intégralement confirmé son projet de décision. L'OAI avait préalablement répondu aux objections formulées le 1<sup>er</sup> décembre 2006 par le recourant dans une lettre du 30 octobre 2007.

S'agissant du reproche de l'assuré de ne pas avoir tenu compte d'une gratification dans le calcul du revenu sans invalidité, l'OAI expose que si, d'après le rapport employeur du 22 octobre 2002, l'assuré a touché des gratifications pour les années 2000 à 2002, il ressort clairement du courrier du 24 avril 2006 de M. N.\_\_\_\_\_, ainsi que de l'entretien téléphonique du 2 mai 2006 avec ce dernier, que les gratifications ont été supprimées depuis 2002. Ainsi, sans atteinte à la santé, l'assuré aurait touché, en 2003, un revenu de 70'800 fr., et il n'y a pas lieu de tenir compte de gratifications qui ont été supprimées.

S'agissant de la capacité de travail, dont l'assuré soutient qu'elle n'est pas de 80%, mais bien de 60%, l'OAI relève que la capacité de travail de 80% a été déterminée sur la base de deux expertises médicales, l'une orthopédique par le Dr A.\_\_\_\_\_ le 12 juin (recte: 23 juin) 2003, et l'autre psychiatrique par le Dr W.\_\_\_\_\_ le 21 juillet 2003. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, les informations des organes d'observation professionnelle, pour utiles qu'elles soient, ne

sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler. Or en l'espèce, les constatations faites au cours des différents stages ne diffèrent pas fondamentalement de l'appréciation des experts médicaux; d'ailleurs, le rapport de stage du COPAI du 1<sup>er</sup> juillet 2005 (qui inclut une appréciation médicale du Dr I. \_\_\_\_\_) arrive à la conclusion d'une capacité de travail entière avec diminution de rendement de 20%. De surcroît, le rapport de stage APAIL fait état de rendements de l'ordre de 60% mais conclut quand même à une entière capacité de travail avec rendement de 80%. Dès lors, il convient d'admettre une capacité de travail de 80%, et les conclusions claires et dûment motivées des experts médicaux ne sauraient être remises en question.

S'agissant du revenu d'invalidé retenu, que l'assuré estime excessif compte tenu de son niveau d'instruction et de ses atteintes, l'OAI observe que ce revenu ressort des statistiques telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique et qu'il s'agit du revenu auquel peuvent prétendre les hommes dans des activités simples et répétitives dans le secteur privé (niveau de qualification 4), ce qui correspond à des activités non qualifiées pour lesquelles aucune formation n'est nécessaire. Par ailleurs, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont adaptées à l'état de santé de l'assuré.

**C. a)** L'assuré a recouru contre cette décision par acte du 25 janvier 2008, en précisant que son recours était également dirigé contre l'absence de décision sur la rente complémentaire pour conjoint.

Le recourant reproche en premier lieu à l'OAI d'avoir passé totalement sous silence les arguments qu'il avait développés dans ses observations du 1<sup>er</sup> décembre 2006, ce qui constituerait une violation de son droit d'être entendu.

Il reproche à l'OAI d'avoir retenu que son revenu sans invalidité était de 70'800 fr. et d'avoir ainsi fait totalement abstraction de la gratification qui

était régulièrement versée, année après année, et qui devrait conduire à retenir un revenu sans invalidité de 73'800 francs.

Le recourant reproche à l'OAI d'avoir retenu une capacité de travail de 80%, et non de 60% ainsi que diverses personnes et organismes l'ont pourtant estimé. Le taux de 80% serait artificiel et ne correspondrait pas au réel handicap du recourant.

Il soutient également que son revenu d'invalidité doit être retenu à un montant très nettement inférieur à celui que l'OAI a cru opportun de prendre en compte.

Enfin, selon le recourant, la décision est lacunaire dans la mesure où elle ne statue pas sur la rente complémentaire pour le conjoint fondée sur l'ancien art. 34 al. 2 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) (cf. notamment TFA I 327/2005 du 5 décembre 2005). Une rente complémentaire aurait en effet dû être accordée pour la période antérieure à la modification du droit.

Cela étant, le recourant conclut principalement, à la réforme de la décision rendue le 18 décembre 2007 en ce sens qu'une rente entière - subsidiairement une demi-rente - lui est octroyée dès le 1<sup>er</sup> septembre 2003 et qu'une rente complémentaire pour le conjoint lui est allouée. Très subsidiairement, il conclut à l'annulation de la décision rendue le 18 décembre 2007.

**b)** Dans sa réponse du 25 avril 2008, l'OAI propose le rejet du recours. Il indique que les réponses aux différents arguments soulevés par le recourant dans sa contestation du 1<sup>er</sup> décembre 2006 figurent dans la lettre explicative de cet office du 30 octobre 2007, laquelle fait partie intégrante de la décision du 18 décembre 2007 objet du recours, et qu'il n'a rien à ajouter à la décision ainsi qu'à la lettre explicative précitée. En ce qui concerne le grief relatif à la rente complémentaire pour conjoint, l'OAI se réfère aux déterminations de la Caisse de compensation [...] (ci-après: la Caisse de compensation) du 3 avril 2008 annexées à sa réponse, auxquelles il se rallie entièrement. Dans ces déterminations, la Caisse de compensation expose que l'ancien art. 34 LAI, valable jusqu'au 31 décembre 2003, stipulait à son al. 1 que "les personnes mariées qui peuvent prétendre une rente ont droit, si elles exerçaient une activité

lucrative immédiatement avant la survenance de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA [loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1]), à une rente complémentaire pour leur conjoint, pour autant que ce dernier n'ait pas droit à une rente de vieillesse ou d'invalidité" ; or l'épouse du recourant est déjà au bénéfice d'un droit propre à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 1998, de sorte que le recours doit être rejeté sur ce point.

**c)** Par réplique du 26 août 2008, le recourant invoque un rapport médical du 29 mai 2005 du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin traitant depuis avril 2005, qui retient un trouble dépressif sévère sans symptôme psychotique, et une lettre de ce même praticien du 6 juin 2008, qui confirme un syndrome dépressif relativement sévère et résistant. Le recourant invoque également un courrier du 2 juin 2008 du Dr B.\_\_\_\_\_, qui retient que sa capacité de travail est "fortement limitée". Enfin, il invoque une expertise orthopédique rendue le 14 juillet 2008 par les Drs M.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ du Département de chirurgie (Clinique et policlinique d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur) des [...].

**d)** Par duplique du 17 septembre 2008, l'OAI expose qu'il a soumis les pièces médicales produites au SMR pour appréciation et qu'il se rallie à l'avis médical de ce dernier du 16 septembre 2008. Il considère ainsi que du point de vue somatique, l'expertise orthopédique des Drs M.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ des [...] confirme les diagnostics retenus par le Dr A.\_\_\_\_\_ dans ses expertises du 23 juin 2003 et 30 août 2004; il relève que les médecins des [...] ne se prononcent par contre pas sur la capacité de travail, et comme aucun fait nouveau n'a été amené, il n'y a pas lieu de modifier l'exigibilité sur le plan somatique. Du point de vue psychiatrique, le Dr F.\_\_\_\_\_ atteste une prise en charge depuis avril 2005 pour un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, n'ayant pas évolué malgré le traitement prodigué. Selon ce médecin, l'incapacité de travail serait totale; toutefois, le diagnostic posé n'est pas corroboré par le status psychiatrique, les symptômes dépressifs relevés ne remplissant pas les conditions de la CIM-10 pour poser le diagnostic d'épisode dépressif

sévère. Dès lors, l'OAI préavise pour la mise en place d'une expertise psychiatrique.

**e)** Une expertise psychiatrique judiciaire a alors été ordonnée et confiée au Dr V.\_\_\_\_\_, médecin associé au Département de psychiatrie, Centre d'expertises du [...], qui a précisé que l'expertise serait conduite par la Dresse G.\_\_\_\_\_, médecin hospitalier, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Du rapport de l'expert, déposé le 30 juillet 2009, il résulte notamment ce qui suit:

"Diagnostics [posés en référence à la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement - CIM-10]

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques [F33.3].
- Syndrome douloureux somatoforme persistant [F45.4].

#### Discussion

Il s'agit d'un expertisé de 50 ans, en incapacité de travail depuis plusieurs années. Des procédures de recours sont en cours tant pour les décisions de l'assurance-accident de l'expertisé que suite à la décision de l'assurance-invalidité. En 2001, Monsieur E.\_\_\_\_\_ a été victime d'un accident de la voie publique. Suite à cet accident, sa capacité de travail fluctue entre 50 et 25% durant plusieurs mois et depuis le 19 juin 2002, il est en incapacité de travail à 100%.

Le parcours de vie de l'expertisé est marqué par une enfance en Turquie et une émigration en Suisse pour des raisons économiques alors que l'expertisé est marié avec trois enfants. Depuis son arrivée en Suisse, il travaille au sein de la même entreprise durant 18 ans, débutant comme nettoyeur pour parvenir à obtenir un poste de responsable de la poissonnerie. Depuis l'accident en mai 2001, le parcours de Monsieur E.\_\_\_\_\_ est marqué par le développement d'un syndrome douloureux somatoforme persistant réfractaire au traitement avec la chronicisation de douleurs d'intensité décrite comme importante par l'expertisé. A cela s'est ajouté le développement d'une symptomatologie anxio-dépressive qui se péjore. Le diagnostic de trouble dépressif majeur est retenu en 2004 déjà lors d'un concilium psychiatrique à la demande du médecin traitant de l'expertisé, le Docteur C.\_\_\_\_\_, qui mettait en évidence une symptomatologie anxio-dépressive d'apparition progressive 6-8 mois après l'accident. Malgré un traitement médicamenteux et un suivi psychiatrique adéquat, la situation au plan thymique a continué de se péjorer progressivement jusqu'aux hospitalisations à l'hôpital de K.\_\_\_\_\_ fin 2008 et début 2009. Dans le contexte d'une perte de son statut socioprofessionnel, associé à un important sentiment de dévalorisation, associé à des conflits tant avec l'assurance-accident qu'avec l'assurance-invalidité et à de multiples situations d'expertises au cours desquelles l'expertisé s'est notamment senti dénigré et a difficilement vécu l'évocation d'une «simulation», on

assiste à la persistance d'une symptomatologie qui va se chronifier tant au plan de la symptomatologie douloureuse qu'au plan de la symptomatologie dépressive. Au plan psychiatrique, nous retenons le diagnostic de trouble dépressif majeur récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques en raison de la présence d'un abaissement significatif de l'humeur présent tous les jours avec des répercussions importantes en terme de fonctionnement. On met en évidence outre l'abaissement thymique, la présence d'une idéation suicidaire scénarisée avec passage à l'acte en février 2009 qui a nécessité l'intervention de la police et l'hospitalisation de l'expertisé sur un mode non volontaire à l'hôpital de K.\_\_\_\_\_. On note de plus une fatigabilité, des troubles de la concentration, une anhédonie, une aboulie, une perte d'espoir, un sentiment d'injustice et d'inutilité, des troubles du sommeil, une irritabilité, des troubles de l'appétit avec fluctuation pondérale, la présence d'hallucinations visuelles et auditives à caractère morbide. Au vu de l'intensité de la symptomatologie dépressive, nous retenons un diagnostic séparé de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, ces symptômes ne pouvant uniquement être compris comme faisant partie du syndrome douloureux somatoforme persistant. Nous confirmons le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant retenu par les médecins de l'hôpital de K.\_\_\_\_\_. En effet, Monsieur E.\_\_\_\_\_ présente une symptomatologie douloureuse persistante, malgré différentes tentatives de traitement, ne pouvant entièrement s'expliquer par une origine organique. Cette douleur est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative et d'une altération importante du fonctionnement social et professionnel. Néanmoins, il est évident au vu des précédentes expertises réalisées et principalement l'expertise réalisée en 2008 par les [...] que l'expertisé présente un «whiplash associated disorders» soit un trouble directement consécutif à un traumatisme de type «coup du lapin».

La symptomatologie douloureuse en combinaison avec la symptomatologie dépressive font qu'à l'heure actuelle, l'expertisé est dans l'impossibilité d'exercer une quelconque activité professionnelle. Il nécessite un important accompagnement par les membres de sa famille. L'expertisé présente donc une limitation tant au plan physique que psychique avec un impact considérable sur toutes les sphères de son fonctionnement. Il n'est plus à même d'effectuer les tâches professionnelles qu'il a pu accomplir jusqu'en 2001.

En conséquence, nous pouvons répondre de la façon suivante aux questions que vous nous posez.

[...]

Nous retenons les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques et de syndrome douloureux somatoforme persistant.

[...]

Le trouble dépressif est présent depuis 2004 en tout cas, son intensité a varié au cours du temps. L'intensité actuelle du trouble est sévère avec présence de symptômes psychotiques. L'intensité

du trouble était déjà qualifiée de sévère en 2004. Il n'y a pas d'évolution favorable depuis lors. Au contraire, on assiste à une intensification de la symptomatologie, ce malgré un traitement médicamenteux psychotrope adéquat avec notamment l'apparition de symptômes psychotiques.

[...]

Les limitations sont importantes avec des douleurs persistantes, des troubles de la concentration, la présence de ruminations et d'idées de mort envahissantes avec scénario suicidaire. On relève également un retrait social important et une baisse de l'élan vital.

[...]

L'activité exercée jusqu'en 2001 n'est plus exerçable à l'heure actuelle. Il n'y a pas de capacité résiduelle de travail. L'activité exercée jusqu'au moment de l'accident n'est plus exigible, la diminution du rendement étant totale.

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

Réponse : Nous nous référons aux arrêts de travail établis par le Docteur C.\_\_\_\_\_ une incapacité de travail de 20% au moins étant présente à partir du jour de l'accident (29 mai 2001) et à 100% depuis le 19 juin 2002.

[...]

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

Réponse : Non. En raison de la sévérité des troubles psychiatriques, plus aucune activité n'est possible. En effet, malgré un traitement adéquat et maximal au plan psycho pharmacologique pour l'état dépressif, l'expertisé présente une symptomatologie sévère qui a notamment nécessité dernièrement trois hospitalisations en milieu psychiatrique, la dernière sur un mode non volontaire. Depuis la sortie de l'hôpital, on note la persistance d'une idéation suicidaire fluctuante ainsi que des hallucinations visuelles et auditives ne répondant que partiellement à un traitement neuroleptique."

**f)** Se déterminant le 1<sup>er</sup> septembre 2009 sur le rapport d'expertise du 30 juillet 2009, le recourant estime que les conclusions de cette expertise sont claires et justifient l'allocation d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> septembre 2003, conformément aux conclusions prises à l'appui de son recours.

**g)** Se déterminant le 4 septembre 2009 sur le rapport d'expertise du 30 juillet 2009, l'OAI expose qu'il se rallie entièrement à

l'appréciation SMR du 26 août 2009 sur ce rapport d'expertise, dont il résulte ce qui suit:

"Ce rapport d'expertise fait un compte-rendu précis et détaillé de l'histoire médicale de l'assuré depuis son accident du 29.05.2001. On relève que jusqu'en 2004, les problèmes psychiatriques étaient discrets et clairement au second plan. Ce n'est qu'à partir de cette période, «dans le contexte de l'arrêt des prestations par l'assureur accidenté», que les troubles thymiques ont commencé à s'aggraver et c'est à partir de juillet 2004 que le recours à un psychiatre a été nécessaire. L'évolution sur le plan psychiatrique a ensuite été clairement défavorable, particulièrement depuis novembre 2008 en raison de l'apparition d'idées suicidaires scénarisées ayant motivé plusieurs hospitalisations psychiatriques.

Les diagnostics retenus par les experts [« trouble dépressif récurrent, épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques» (F33.3) et «syndrome douloureux somatoforme persistant» (F45.4)] sont concordants avec l'anamnèse et l'observation clinique actuelle. Il convient toutefois de relever un certain nombre de lacunes dans ce rapport d'expertise:

- Alors que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme est retenu, les critères de gravité selon la jurisprudence ne figurent pas dans le rapport.

- Il n'est fait mention d'aucune description de la vie quotidienne de l'expertisé, indispensable à apprécier les répercussions fonctionnelles.

- On ne peut que déplorer l'absence de dosages plasmatiques, alors que, lors de son expertise, le Dr W.\_\_\_\_\_ a démontré par de tels dosages le défaut de compliance au traitement psychotrope. En l'absence d'évolution favorable de l'état dépressif depuis plusieurs années, ce qui est atypique sous traitement, des dosages plasmatiques s'imposent et l'impression subjective du psychiatre traitant ne saurait suffire.

- L'assuré a été vu par un psychiatre (Dr X.\_\_\_\_\_) dans le cadre de son séjour à la CRR en mai-juin 2002. Ce psychiatre a diagnostiqué un état dépressif, sans précision (F32.9), considéré comme réactionnel aux douleurs. Tenant compte de l'ensemble du tableau somatique et psychique, les médecins de la CRR ont défini une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle. En juillet 2003, l'assuré est expertisé par le Dr W.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, qui constate l'absence d'affection psychiatrique et conclut à une pleine capacité de travail. Or sans la moindre explication, les Drs G.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ [médecin assistant] s'écartent fondamentalement de ces deux avis spécialisés pour conclure à une incapacité de travail totale depuis le 19.06.2002, suivant les arrêts de travail émis par le médecin traitant, non psychiatre. Ce n'est médicalement pas crédible.

En conclusion, cette expertise est incomplète sur les points susmentionnés; s'il convient indéniablement de reconnaître

actuellement une incapacité de travail totale, les arguments médicaux font défaut pour la faire remonter à juin 2002, comme le font les experts. Par conséquent, les conclusions de cette expertise ne peuvent pas être validées d'un point de vue médical."

Constatant que le rapport d'expertise psychiatrique était incomplet s'agissant des différents points soulevés par le SMR dans son avis médical susmentionné et que les arguments médicaux faisaient défaut pour retenir une incapacité de travail totale depuis juin 2002, l'OAI a proposé d'interroger les Drs G. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ sur les points relevés par le SMR dans son avis médical précité du 26 août 2009.

**h)** Un complément d'expertise a ainsi été mis en œuvre. Dans son rapport d'expertise complémentaire du 18 janvier 2011, la Dresse G. \_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions qui lui étaient posées :

"Questions du Tribunal et de l'OAI

1. Comment évaluez-vous le caractère exigible par le recourant d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de reprendre une activité lucrative adaptée à son état de santé sur le plan somatique, au regard des critères jurisprudentiels suivants (veuillez répondre séparément et de manière motivée pour chacun des critères):

En guise de préambule, nous souhaitons évoquer les éléments suivants:

Bien que ce soit un fait admis par la jurisprudence aujourd'hui que les avis d'experts sont souvent plus pertinents à considérer que les avis des médecins traitants en ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail, il n'en reste pas moins que dans la situation de Monsieur E. \_\_\_\_\_, celui-ci n'a pas été en mesure de reprendre une activité professionnelle depuis le 19 juin 2002 jusqu'à ce jour et que cette incapacité de travail a été attestée par son médecin traitant, le Docteur C. \_\_\_\_\_. Rappelons que le 1<sup>er</sup> octobre 2002, Monsieur E. \_\_\_\_\_ dépose une demande de prestations AI. L'assurance-invalidité rend une décision de droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> mai 2002 au 31 août 2003, puis décide de ramener la rente à un quart de rente en lieu et place d'une rente entière avec effet au 1<sup>er</sup> septembre 2003.

S'il est en effet difficile de dater avec précision le début d'apparition des symptômes psychiatriques, on peut relever que lors du séjour de l'expertisé à la Clinique romande de réadaptation du 22 mai au 12 juin 2002, le Docteur X. \_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute, relève la présence d'une symptomatologie dépressive et le diagnostic d'état dépressif est retenu. Dans un premier temps, c'étaient des symptômes somatiques qui prédominaient, les symptômes dépressifs étant au deuxième plan. Progressivement, la symptomatologie psychiatrique est passée au premier plan du

tableau clinique (diagnostics de trouble dépressif majeur épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques et d'état de stress post-traumatique retenus lors d'un concilium au Centre de consultations psychiatriques et psychothérapeutiques en juillet 2004, entraînant un suivi auprès du Docteur F.\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute à [...] dès le mois d'avril 2005), au point de nécessiter plusieurs hospitalisations psychiatriques à l'hôpital de K.\_\_\_\_\_ dès le mois de novembre 2008, sans que par ailleurs les douleurs ne disparaissent pour autant.

Nous relevons en outre que depuis l'envoi de notre rapport d'expertise le 30 juillet 2009, Monsieur E.\_\_\_\_\_ a été hospitalisé une quatrième fois à l'hôpital de K.\_\_\_\_\_ du 18 avril au 3 mai 2010, sur un mode non volontaire, en raison d'un potentiel suicidaire élevé dans le contexte d'une exacerbation douloureuse et de troubles de la perception. Au terme de ce séjour hospitalier, les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques et de syndrome douloureux somatoforme persistant sont retenus.

a) présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique, de quelle acuité et de quelle durée (en cas de trouble dépressif, veuillez préciser s'il est antérieur ou réactionnel au trouble somatoforme);

REPONSE : Il y a en effet une comorbidité psychiatrique sous la forme d'un trouble dépressif récurrent qui n'existait pas avant l'accident de Monsieur E.\_\_\_\_\_, dont le début précis est difficile à dater. Une symptomatologie allant dans ce sens était déjà décrite par le Docteur X.\_\_\_\_\_ lors du séjour de Monsieur E.\_\_\_\_\_ à la Clinique romande de réadaptation au printemps 2002. On peut considérer ce trouble comme réactionnel à la douleur et aux modifications de l'existence de l'expertisé (conséquences directes de son accident sur l'ensemble de sa vie). Progressivement cependant, cette symptomatologie dépressive s'est fortement aggravée au fil des années au point de devenir au premier plan du tableau clinique, ce qui justifie de le considérer comme un diagnostic séparé, comme nous le précisons aux pages 12 et 13 de notre rapport d'expertise, et donc comme une comorbidité psychiatrique.

b) présence d'affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive) ;

REPONSE : Nous nous référons à l'expertise rendue au mois de juillet 2008 par les [...] qui concerne les aspects orthopédiques et chirurgicaux de la problématique présentée par Monsieur E.\_\_\_\_\_. Selon les experts, Monsieur E.\_\_\_\_\_ présente un «whiplash associated disorder (WAD)» chronique de grade 2. Selon les experts, les plaintes actuelles et les troubles cliniques constatés, sont, de façon certaine, liés à l'accident de circulation du 29 mai 2001.

c) perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie;

REPONSE : Monsieur E.\_\_\_\_\_ décrit un important retrait social. Il passe la plupart de ses journées à son domicile où il vit avec son

épouse. Avant la péjoration de son état de santé, Monsieur E. \_\_\_\_\_ se décrit comme ayant été quelqu'un de très sociable, appréciant beaucoup la compagnie de nombreux amis. Il explique ainsi qu'il sortait souvent les week-ends, en famille, avec des amis. De même, nous relevions dans notre rapport d'expertise (page 5) «[...] Avant l'accident, son travail lui amenait satisfaction et Monsieur E. \_\_\_\_\_ semble avoir beaucoup investi les relations sociales qu'il pouvait avoir dans le contexte de son activité professionnelle. [...]».

Depuis la péjoration de son état de santé, Monsieur E. \_\_\_\_\_ décrit un changement radical de sa vie sociale. Le fait de voir des gens est pour lui une source d'angoisse. Son cercle d'amis s'est ainsi restreint. Ces derniers lui téléphonent ou viennent de temps en temps lui rendre visite à son domicile, mais pas plus d'une à deux personnes à la fois. Monsieur E. \_\_\_\_\_ continue de voir régulièrement ses enfants et ses petits-enfants qui partent dès qu'il se sent angoissé. Durant la journée, il sort parfois seul, mais le plus souvent accompagné de son épouse.

d) état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie);

REPONSE : Manifestement, la situation de Monsieur E. \_\_\_\_\_ est figée sur le plan psychique. Nous relevons la persistance d'une symptomatologie dépressive, avec, depuis 2008, plusieurs hospitalisations en milieu psychiatrique, dont on ne voit pas très bien en quoi elles représenteraient un profit primaire de la maladie (hospitalisations en milieu psychiatrique sur un mode non volontaire, apparition de symptômes psychotiques).

e) échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets du trouble.

REPONSE : Sur le plan psychiatrique, Monsieur E. \_\_\_\_\_ est régulièrement suivi par le Docteur F. \_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute à [...] depuis le mois d'avril 2005. La fréquence des entretiens varie en fonction de l'état de santé psychique de l'expertisé. Depuis plusieurs années, il bénéficie dans ce cadre d'un traitement psychotrope comprenant notamment un antidépresseur (Citalopram), un neuroleptique (Seroquel xr), des benzodiazépines (Temesta et Lexotanil en réserve), de même qu'un somnifère (Zolpidem). Par ailleurs, depuis 2008, Monsieur E. \_\_\_\_\_ a été hospitalisé à plusieurs reprises à l'hôpital psychiatrique de K. \_\_\_\_\_, la dernière hospitalisation remontant au mois d'avril 2010. Ces traitements, conduits lege artis, peuvent être considérés comme ayant échoué, au vu de la persistance de la symptomatologie.

2. Veuillez décrire la vie quotidienne du recourant, en vue d'apprécier les répercussions fonctionnelles.

REPONSE : Monsieur E. \_\_\_\_\_ se lève vers 7h00 du matin. S'il n'a pas de douleurs au niveau de la nuque et si la symptomatologie

dépressive n'est pas trop importante, il sort un petit moment se promener. A son retour, il prend le petit-déjeuner avec son épouse. Durant la matinée, toujours selon l'intensité de la symptomatologie douloureuse et dépressive, il ressort se promener ou s'adonne à la lecture. Il mange à midi toujours en compagnie de son épouse. L'après-midi, il sort se promener un moment puis rentre, regarde les journaux, et s'allonge si les douleurs sont importantes. L'aide apportée à son épouse (cuisine, tâches ménagères) dépend de l'intensité de la symptomatologie douloureuse et dépressive. Il est la plupart du temps accompagné de son épouse. Si celle-ci doit s'absenter et que Monsieur E. \_\_\_\_\_ reste seul dans leur appartement, elle ferme la porte à clef par crainte que son mari ne mette en acte ses idées suicidaires. Le soir, Monsieur E. \_\_\_\_\_ va se coucher entre 22h00 et 23h00.

3. Veuillez procéder à des dosages plasmatiques, en indiquer les résultats et les conclusions qu'il y a lieu de tirer de ces résultats.

REPONSE : Les dosages plasmatiques effectués le 29 octobre 2010 dans le cadre du traitement du Docteur F. \_\_\_\_\_ (traitement médicamenteux: Citalopram: 40 mg le matin, Seroquel xr 300: 3x le soir), mettent en évidence les résultats suivants : dosage plasmatique du Citalopram (Seropram) : 111 ng/ml (normales : 30 - 130 ng/ml), dosage plasmatique du Desméthylcitalopram: 18 ng/ml, dosage plasmatique de la Quétiapine (Seroquel) : 372 ng/ml (normales: 70- 170 ng/ml). Le dosage du Citalopram (antidépresseur) se situe dans les normes thérapeutiques. Le dosage plasmatique du Seroquel met en évidence une valeur nettement en dessus des normes thérapeutiques.

Le 17 octobre 2009, les dosages plasmatiques effectués dans le cadre du traitement du Docteur F. \_\_\_\_\_ (traitement médicamenteux: Citalopram: 2x40 mg, Seroquel: 300 mg le soir, Edronax: 2x4mg), mettent en évidence un taux de Citalopram de 232 ng/ml, de Desméthylcitalopram de 36 ng/ml, et de Quétiapine (Seroquel) de 297 ng/ml. A cette période, Monsieur E. \_\_\_\_\_ prenait également de la Réboxétine (Edronax) dont le taux était de 471 ng/ml (taux recommandés: 10-100 ng/ml). «Taux très élevé pour la dose, suggère un métabolisme lent et/ou un abus médicamenteux et/ou un prélèvement effectué proche du pic de concentration plasmatique (heure de la dernière prise de médicament par rapport à la prise de sang)».

Par ailleurs, au cours de la deuxième hospitalisation à l'hôpital psychiatrique de K. \_\_\_\_\_ du 10 janvier au 2 février 2009, le dosage plasmatique de Citalopram (prélèvement le 15 janvier 2009), met en évidence un résultat de 78 ng/ml. Le taux de Déméthylcitalopram est de 25 ng/ml. Les taux plasmatiques mis en évidence correspondent à la dose prescrite alors de 40 mg par jour. Ces différents dosages témoignent de la bonne compliance médicamenteuse de Monsieur E. \_\_\_\_\_. En dépit de ces taux plasmatiques se situant dans les normes thérapeutiques, l'état de santé psychique de Monsieur E. \_\_\_\_\_ ne connaît pas d'amélioration, ce qui est le signe d'un état dépressif résistant.

4. Veuillez indiquer les raisons pour lesquelles vous vous écarterez des conclusions du Dr X. \_\_\_\_\_ (émises dans le cadre du séjour du

recourant à la CRR en mai-juin 2002) et du Dr W. \_\_\_\_\_ (exposées dans son rapport le 21 juillet 2003).

REPONSE : Comme signalé précédemment, il est difficile de dater avec précision le début d'apparition des symptômes psychiatriques. Dès 2002, le Docteur X. \_\_\_\_\_ signale la présence d'une symptomatologie dépressive. Dans un premier temps, c'étaient des symptômes somatiques qui prédominaient, les symptômes dépressifs étant au deuxième plan. Ceux-ci se sont progressivement péjorés. Malgré l'appréciation du Docteur X. \_\_\_\_\_, Monsieur E. \_\_\_\_\_ n'a jamais été en mesure de reprendre une activité professionnelle à sa sortie de la CRR, comme l'attestent les certificats d'arrêt de travail de son médecin traitant. L'évolution de l'état de santé de Monsieur E. \_\_\_\_\_ depuis 2003 va manifestement à l'encontre de l'hypothèse de simulation qu'émettait le Docteur W. \_\_\_\_\_ dans son expertise du mois de juillet de cette même année: Il est en effet pour le moins peu fréquent qu'une simulation conduise à des hospitalisations contre le gré en milieu psychiatrique, ainsi qu'à un syndrome dépressif sévère avec caractéristiques psychotiques. Dès lors, si l'hypothèse diagnostique du Docteur W. \_\_\_\_\_ était erronée, il est aisé de comprendre que les conclusions qu'il en tirait sur les capacités de travail de Monsieur E. \_\_\_\_\_, l'étaient tout autant.

Questions de Maître Olivier Burnet

1) Est-il exact que Monsieur E. \_\_\_\_\_ souffre d'un syndrome dépressif récurrent de gravité sévère depuis plusieurs années?

REPONSE : Oui, Monsieur E. \_\_\_\_\_ présente un trouble dépressif récurrent depuis plusieurs années. Le diagnostic posé lors de la dernière hospitalisation à K. \_\_\_\_\_ en 2010 est: Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques.

2) Est-il exact que ce syndrome dépressif a débuté en 2002?

REPONSE : Comme signalé précédemment, lors du séjour à la Clinique romande de réadaptation en 2002, le Docteur X. \_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute consultant, signale chez Monsieur E. \_\_\_\_\_ la présence d'une symptomatologie dépressive.

3) Est-il exact que l'état de Monsieur E. \_\_\_\_\_ s'est aggravé durant l'année 2004?

REPONSE : Dans notre rapport d'expertise, nous mentionnons: «[...] le Docteur C. \_\_\_\_\_ décrit l'apparition et l'installation progressive de troubles disthymiques discrets lors de l'année qui suit l'accident mais qui vont s'amplifier par la suite avec apparition d'une perte d'espoir, la difficulté de faire face à la perte d'une identité sociale et professionnelle. Durant les six-huit mois suivants l'accident, Monsieur E. \_\_\_\_\_ a présenté des symptômes anxieux et des troubles du sommeil, puis un abaissement de la thymie qui s'est progressivement amplifiée jusqu'à la demande de concilium en 2004. [...]».

Suite au concilium, nos collègues de consultation psychiatrique et psychothérapique retiennent alors les diagnostics de trouble

dépressif majeur, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques et d'état de stress post-traumatique. Ils recommandent l'introduction d'un traitement antidépresseur de type inhibiteur de la recapture de la sérotonine. En l'absence d'évolution favorable au plan psychiatrique malgré l'introduction du traitement antidépresseur, l'expertisé est adressé au Docteur F. \_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute dès le mois d'avril 2005.

4) Est-il exact que dans sa vie quotidienne, Monsieur E. \_\_\_\_\_ est fortement handicapé tant par ses douleurs que par son humeur déprimée?

REPONSE : Nous nous référons à la réponse à la question 2 du Tribunal et de l'OAI.

5) Est-il exact que Monsieur E. \_\_\_\_\_ est envahi par des idées suicidaires obligeant son épouse et ses enfants à le surveiller?

REPONSE : Oui, Monsieur E. \_\_\_\_\_ présente fréquemment des idées suicidaires, ayant entraîné à plusieurs reprises des hospitalisations en milieu psychiatrique. Lors de l'entretien avec son épouse, celle-ci nous signale son inquiétude de laisser son mari seul, ce qui l'oblige parfois, selon l'état qu'il présente, à reporter ses rendez-vous (médicaux par exemple), ou à fermer la porte de l'appartement à clef si elle est contrainte de sortir. Elle déclare également que lorsque son mari sort seul se promener, il lui arrive de devoir lui téléphoner pour s'assurer de son état.

6) Est-il exact que Monsieur E. \_\_\_\_\_ présente une bonne compliance?

REPONSE : Oui, Monsieur E. \_\_\_\_\_ suit les recommandations médicales qui lui sont faites, ainsi que le traitement pharmacologique prescrit (cf. également la réponse à la question 3 du Tribunal et de l'OAI).

7) Est-il exact qu'en dépit de la prise de nombreux médicaments, aucune amélioration notable n'est constatée?

REPONSE : Oui, cf. également la réponse à la question 3 du Tribunal et de l'OAI.

8) Est-il exact que Monsieur E. \_\_\_\_\_ est à l'incapacité de travail totale depuis 2002?

REPONSE : Monsieur E. \_\_\_\_\_ n'a pas été en mesure de reprendre une activité professionnelle depuis le 19 juin 2002 jusqu'à ce jour. Cette incapacité de travail a été attestée par son médecin traitant.

9) Est-il exact que cet état de fait est consécutif à l'accident et désormais également en raison des troubles dépressifs qui en ont résulté?

REPONSE : La péjoration de l'état de santé de Monsieur E. \_\_\_\_\_ (apparition d'une symptomatologie douloureuse, sur laquelle se greffent par la suite des symptômes dépressifs avec des symptômes

psychotiques), entraînant une incapacité de travail, est consécutive à son accident du 29 mai 2001.

10) Est-il exact que les troubles dépressifs surajoutés de Monsieur E. \_\_\_\_\_ ont tendance à s'aggraver?

REPONSE : Oui, les troubles psychiatriques présentés par Monsieur E. \_\_\_\_\_ se sont péjorés au fil du temps. Depuis 2008, l'aggravation de son état de santé a nécessité plusieurs hospitalisations en milieu psychiatrique, dont la dernière remonte à avril 2010."

**i)** Invité à se déterminer sur le rapport d'expertise complémentaire, l'OAI a déclaré le 11 février 2011 se rallier à l'avis médical SMR établi le 4 février 2011 par le Dr R. \_\_\_\_\_, dont la teneur est la suivante :

"Le complément d'expertise psychiatrique adressé le 18.01.2011 par la Dresse G. \_\_\_\_\_ au Tribunal Cantonal comble partiellement les lacunes du rapport initial du 30.07.2009.

Nous regrettons toutefois que l'expert n'ait aucun argument médical pour justifier une incapacité de travail totale dans toute activité dès juin 2002. En effet, il se limite à constater que M. E. \_\_\_\_\_ n'a pas été en mesure de reprendre une activité professionnelle depuis le 19.06.2002, ce qui ne constitue pas en soi un argument médical.

Rappelons que:

- le 27.07.2003, dans le rapport de sortie de la CRR, les Drs P. \_\_\_\_\_ et U. \_\_\_\_\_ attestent une capacité de 50% dans l'activité habituelle de l'assuré

- le 25.06.2005, le Dr I. \_\_\_\_\_, médecin-conseil du centre Oriph atteste une capacité de travail de 80% sur un plein temps dans des travaux légers, simples et répétitifs.

- le 01.12.2006, dans son courrier à l'OAI, ainsi que le 25.01.2008 dans son acte de recours, Me Burnet revendique pour son client une capacité de travail de 60% au lieu des 80% retenus par l'OAI. Il n'a donc jamais été question, même pour l'avocat de l'assuré, d'une incapacité de travail totale et durable avant la décision attaquée.

L'avis de l'expert s'écarte diamétralement de tous les avis au dossier concernant la capacité de travail exigible entre 2002 et 2008, sans aucune justification médicale, sur la seule constatation que l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle. Cette position n'est pas soutenable.

Nous concluons que l'incapacité de travail totale est médicalement justifiée depuis novembre 2008, date de la première hospitalisation psychiatrique. C'est en effet à cette période que, selon le rapport d'expertise du 30.07.2009, l'état de santé psychique s'est péjoré

avec apparition d'idées suicidaires scénarisées. En effet, si un trouble dépressif est retenu depuis 2004, celui-ci constituait un symptôme d'accompagnement du syndrome douloureux somatoforme et n'avait pas un degré de sévérité justifiant une incapacité de travail durable avant fin 2008, ce que tendent à confirmer les rapports médicaux susmentionnés."

Estimant ainsi que si une incapacité totale de travail pour des raisons psychiatriques était incontestable depuis novembre 2008, l'OAI a fait valoir qu'il n'en allait pas de même s'agissant de la période antérieure, pour laquelle l'expert judiciaire ne disposait d'aucun argument probant pour justifier une incapacité totale de travail. Relevant que dans la mesure où l'incapacité totale de travail était postérieure à la décision attaquée (18 décembre 2007), elle n'avait pas à être prise en compte dans le cadre de la présente procédure, l'OAI a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours.

**j)** Egalement invité à se déterminer sur le rapport d'expertise complémentaire, le recourant a indiqué le 22 février 2011 qu'il adhérait entièrement aux conclusions de ce rapport et a estimé qu'au vu de la clarté de ces conclusions, le dossier devrait prochainement pouvoir faire l'objet d'un jugement.

**k)** Le 21 mars 2011, le juge instructeur a informé les parties que, l'instruction apparaissant complète, la cause était gardée à juger et un arrêt serait rendu par voie de circulation dans le courant du deuxième trimestre 2011.

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

**1. a)** En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que cette loi n'y déroge expressément.

**b)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision rendue le 18 décembre 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (art. 60 al. 1 LPGA), compte tenu notamment des fêtes courant du 18 décembre 2007 au 2 janvier 2008 inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA), le recours déposé le 25 janvier 2008 par E. \_\_\_\_\_ l'a été en temps utile; en outre, il est recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu de rentrer en matière sur le fond.

**c)** A teneur de ses art. 1 et 2 al. 1 let. c, 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, 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. 57 LPGA; art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La présente cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire vaudoise du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr. s'agissant en l'espèce de la contestation d'une diminution de rente portant sur plusieurs années.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises 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 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si, compte tenu de l'évolution de son état de santé à la suite de l'accident de la circulation survenu le 29 mai 2001, il existe ou non un droit du recourant

aux prestations AI sous la forme d'une rente entière d'invalidité – ainsi que l'OAI l'a reconnu pour la période précédente de juin 2002 à fin août 2003 – postérieurement au 1<sup>er</sup> septembre 2003. Suivant les griefs soulevés en l'espèce, il s'agira en premier lieu d'examiner si le droit d'être entendu du recourant a été respecté en relation avec le traitement réservé par l'Office intimé à ses observations du 1<sup>er</sup> décembre 2006. Il importera en second lieu de déterminer, au regard des pièces médicales figurant au dossier, dans quelle mesure la capacité de travail de 80% telle que retenue en l'espèce par l'OAI à compter du mois de juin 2003 se justifie sous l'aspect médical. Si tel devait s'avérer être le cas en l'espèce, il s'agira à ce stade de savoir si les conditions pour justifier le passage d'une rente entière à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> septembre 2003 étaient remplies ou non. Pour ce faire, la cour de céans devra en particulier se prononcer sur la fixation par l'OAI des revenus dont la comparaison détermine le degré d'invalidité. Pour terminer, il s'agira d'examiner si en s'abstenant d'allouer la rente complémentaire pour le conjoint fondée sur le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, la décision attaquée est contraire au droit fédéral ainsi que le soutient le recourant.

**3. a)** Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle expressément consacrée par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101). La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 14 consid. 2a/aa et 124 V 180 consid. 4a; TFA C\_50/2001 du 9 novembre 2001, consid. 1b). Le droit de s'exprimer sur les points pertinents implique la possibilité de prendre position, avant la décision, sur tous les éléments de fait et de droit qui peuvent l'influencer (Aubert/Mahon, Petit Commentaire de la Constitution fédérale de la Confédération suisse, Zurich/Bâle/Genève 2003, n. 6 ad art. 29 Cst., p. 267ss.).

**b)** Le droit d'être entendu est de nature formelle. En principe, sa violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée,

indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. En d'autres termes, il importe peu de savoir si cela peut conduire l'autorité, dont la décision est contestée, à modifier sa décision ou non (ATF 126 V 130 consid. 2b et 125 V 118 consid. 3; Aubert/Mahon, op. cit., n. 7 ad art. 29 Cst., p. 269).

La jurisprudence admet toutefois une exception au principe de la nature formelle du droit d'être entendu. En effet, la violation du droit d'être entendu est réparée – à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa, 126 I 68 consid. 2, 126 V 130 consid. 2b et les références), et qui peut donc examiner sans limitation aussi bien l'état de fait que les questions juridiques (ATF 115 V 297, 112 IB 170 consid. 5, 110 la 81 consid. 5d et 107 V 246 consid. 3).

**c)** Sous un premier grief, le recourant prétend que la décision litigieuse ne prend pas position sur ses arguments développés à l'occasion de ses précédentes observations du 1<sup>er</sup> décembre 2006. A son avis, l'Office intimé aurait porté atteinte à la garantie inhérente à son droit d'être entendu. Dans sa réponse du 25 avril 2008, l'intimé précise que tel ne saurait être le cas en l'espèce, les arguments auxquels le recourant fait référence ayant tous fait l'objet d'une détermination selon la lettre "explicative" du 30 octobre 2007, laquelle fait partie intégrante de la décision attaquée rendue le 18 décembre 2007.

A lecture du dossier, spécialement de la lettre du 30 octobre 2007 expédiée par l'OAI à son assuré avant que ne soit rendue la décision litigieuse, la cour de céans constate que par ce procédé il a été effectivement pris position par l'administration sur la totalité des arguments avancés par le recourant en date du 1<sup>er</sup> décembre 2006. Dans ces conditions, le premier grief de violation du droit d'être entendu tel que garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. se révèle infondé et doit par conséquent être rejeté.

**4. a)** Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Les faits survenus postérieurement, et qui modifient la situation de l'assuré, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b et 117 V 287 consid. 4; TF 9C\_537/2009 du 1<sup>er</sup> mars 2010, consid. 3.2 et 9C\_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4)

La décision litigieuse ayant été rendue le 18 décembre 2007, le différend doit par conséquent être examiné au regard de l'ancien droit applicable jusqu'au 31 décembre 2007. Les modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>e</sup> révision de cette loi, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 et jusqu'au 31 décembre 2007 doivent ainsi être prises en considération en l'espèce (ATF 130 V 455, voir également ATF 130 V 329).

En tout état de cause, les principes développés par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité avant le 1<sup>er</sup> janvier 2004 conservent leur validité sous l'empire de la 4<sup>e</sup> révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; TFA I 7/2005 du 17 mai 2005, consid. 2 et I 249/2004 du 6 septembre 2004, consid. 4).

**b)** Aux termes de l'art. 6 LPGA (en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003), est réputée incapacité de travail toute perte totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou

d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré avait droit à un quart de rente s'il était invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il était invalide à 50% au moins puis à une rente entière s'il était invalide à 66 2/3% au moins. Puis, selon les art. 28 al. 1 et 29 LAI, en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 jusqu'au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI; cf. art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, laquelle disposition n'apporte aucun changement dans l'échelonnement précité). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 29 al. 1 LAI; cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C\_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2, 8C\_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C\_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles

activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C\_921/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1 et 9C\_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend également du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. L'administration et les tribunaux devant pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert, cela suppose des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou à tout le moins du médecin qui le vise (TF 9C\_547/2010 du 26 janvier 2011, consid. 2.2, 8C\_420/2010 du 27 octobre 2010, consid. 4.3 et 9C\_53/2009 du 29 mai 2009, consid. 4.2 et les arrêts cités).

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, selon la Haute cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008). Ainsi au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF 9C\_468/2009 du 9 septembre 2009, consid. 3.3.1, 8C\_285/2009 du 7 août 2009, consid. 3.3.3 et I 514/2006 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n°15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C\_392/2010 du 21 décembre 2010, consid. 5.2, 9C\_341/2010 du 12 octobre 2010, consid. 2.2, 9C\_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4, 8C\_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3 et 9C\_289/2007 du 29 janvier 2008, consid. 4.2).

**d)** En l'espèce, le dossier comporte de nombreux avis médicaux émanant tant des médecins consultés à l'occasion de la présente affaire que des médecins traitants du recourant. Il contient également diverses observations effectuées à l'occasion de stages d'observation (stage COPAI du 30 mai au 24 juin 2005 et stage CIP [section APAIL] du 21 novembre 2005 au 26 février 2006). Il ressort du dossier en particulier quatre expertises médicales, à savoir: une expertise

orthopédique du 23 juin 2003 réalisée par le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et chirurgie orthopédique, mandaté par l'assureur LAA du recourant; une expertise psychiatrique du 21 juillet 2003 réalisée par le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, sur demande de l'assureur d'indemnités journalières pour perte de gain en cas de maladie; une expertise orthopédique judiciaire du 14 juillet 2008 réalisée par les Drs M.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ des [...] dans le cadre de la procédure opposant le recourant à son assureur-accidents ; enfin, dans le cadre du présent litige, une expertise psychiatrique judiciaire du 30 juillet 2009 conduite par la Dresse G.\_\_\_\_\_.

A titre liminaire, la cour relève qu'il n'est pas litigieux entre les parties que jusqu'au 31 août 2003 – soit trois mois après l'amélioration survenue en juin 2003 –, et ce à compter du 1<sup>er</sup> mai 2002 (délai d'attente d'une année depuis l'accident survenu le 29 mai 2001), le recourant a droit à une rente entière d'invalidité. Il importe dès lors d'examiner ci-après quelle est la situation médicale de l'intéressé à compter de juin 2003 jusqu'à la date déterminante de la décision litigieuse, soit en l'occurrence le 18 décembre 2007.

**aa)** Au terme de son expertise du 23 juin 2003, confirmée et complétée en date du 30 août 2004 – suite à la prise de connaissance de l'expertise psychiatrique du Dr W.\_\_\_\_\_ du 21 juillet 2003 –, le Dr A.\_\_\_\_\_ diagnostique, sur le plan orthopédique, une petite hernie discale C5-C6 droite sans signes de compression radiculaire, un status après distorsion cervicale modérée, une uncarthrose cervicale modérée (présente déjà avant l'accident) et de probables troubles somatoformes avec composante psychique possible, sinon probable. Il retient en définitive qu'au moment de son expertise effectuée en date du 12 juin 2003, le recourant présentait une capacité de travail résiduelle de 50% dans son ancienne activité de poissonnier alors que dans une activité adaptée (sans port de lourdes charges, sans devoir rester debout longtemps, avec des positions debout et assis alternées, avec possibilité de pause de repos d'environ une 1/2 heure par demie journée), sa

capacité de travail était de 80%, soit l'équivalent de huit demi-journées de travail par semaine.

Dans son expertise psychiatrique du 21 juillet 2003, le Dr W.\_\_\_\_\_ pose le diagnostic d'exagérations symptomatiques pour des motifs non médicaux (Z 76.2, selon la CIM-10). Le jour de son examen clinique, cet expert relève en particulier des valeurs de taux sérologiques divergentes par rapport aux déclarations du recourant s'agissant du traitement médicamenteux qu'il disait suivre. L'expert souligne ainsi que sans exclure la présence de troubles psychiques résiduels, la distorsion observée rend compte d'une modulation importante du recourant sur la description de sa capacité fonctionnelle et sur une motivation, consciente ou non, à exagérer l'intensité de ses troubles psychiques réels. En l'espèce, ce psychiatre constate qu'une simulation est fortement suspectée, le recourant répondant à trois des quatre critères en la matière selon le DSM-IV. Quant à l'évaluation de la capacité de travail résiduelle, cet expert est d'avis qu'au moment de son entrevue, le recourant ne présentait pas de troubles psychiques influençant la capacité de travail, de sorte que sous l'angle psychiatrique, l'expertisé disposait alors d'une capacité de travail de 100%.

Au terme de son expertise judiciaire du 14 juillet 2008 et sans pour autant se prononcer sur la capacité de travail exigible du recourant, le Dr M.\_\_\_\_\_ (travaillant sous la supervision du Dr O.\_\_\_\_\_) diagnostique sur le plan orthopédique un "Wiplash Associated Disorder" (WAD) grade II, une cervico-brachialgie chronique non métamérique du membre supérieur droit (tableau clinique du WAD), une dégénérescence discale C5-C6 et une uncarthrose C5-C6 et une dégénérescence L4-L5 et L5-S1 (toutes préexistantes à l'accident).

Dans son expertise psychiatrique judiciaire du 30 juillet 2009, complétée en date du 18 janvier 2011, la Dresse G.\_\_\_\_\_ pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3, selon CIM-10) et syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Dans le cadre de la discussion du cas, cet

expert revient sur le parcours de l'expertisé. Reprenant les constatations médicales résultant d'examens datant de 2004 demandés par le Dr C.\_\_\_\_\_ (médecin traitant), lequel avait alors mis en évidence un trouble dépressif majeur, la Dresse G.\_\_\_\_\_ relève que l'état psychiatrique du recourant n'a eu cesse de se péjorer depuis lors, nonobstant un traitement médicamenteux et un suivi psychiatrique adéquat, jusqu'aux hospitalisations non volontaires successives à l'hôpital de K.\_\_\_\_\_ à la fin 2008 puis en 2009 et au début 2010. Elle considère qu'en date de son expertise, la symptomatologie douloureuse en combinaison avec la symptomatologie dépressive ont pour incidence que le recourant se trouve dans l'impossibilité d'exercer une quelconque activité professionnelle. En se référant aux arrêts de travail établis par le Dr C.\_\_\_\_\_, la Dresse G.\_\_\_\_\_ conclut qu'une incapacité de travail d'au minimum 20% était présente à compter de l'accident (soit dès le 29 mai 2001) et que celle-ci est passée à 100% depuis le 19 juin 2002. De l'avis de cet expert, en raison de la sévérité des troubles psychiatriques relevés lors de son examen, plus aucune activité n'est envisageable (persistance d'idées suicidaires fluctuantes et d'hallucinations visuelles et auditives chez le recourant depuis sa dernière sortie de l'hôpital de K.\_\_\_\_\_).

**bb)** A l'aune de ce qui vient d'être rappelé ci-avant, on constate l'existence d'appréciations médicales très divergentes entre les différents experts. L'expert G.\_\_\_\_\_ indique ainsi pour sa part que le trouble dépressif mis en évidence était présent à tout le moins depuis 2004, avec une variation de son intensité au fil du temps. Interpellé par le juge instructeur afin de justifier sous l'aspect médical le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) retenu dans son expertise de juillet 2009, cet expert dépose un complément d'expertise daté du 18 janvier 2011. A cette occasion, ce psychiatre explique - tout en précisant être bien conscient que selon la jurisprudence récente, les avis d'experts se voient souvent reconnaître une valeur probante supérieure aux avis médicaux des médecins traitants - d'emblée avoir privilégié, pour l'évaluation de la capacité de travail du recourant, les incapacités de travail attestées par le médecin traitant. L'avis diamétralement opposé de l'expert G.\_\_\_\_\_ en regard des constatations et conclusions médicales des rapports d'expertises des Drs A.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ repose

exclusivement sur la constatation d'un médecin généraliste, le Dr C.\_\_\_\_\_ (médecin traitant), selon laquelle son patient n'a plus repris d'activité professionnelle à compter du 19 juin 2002 (à sa sortie du stage effectué en atelier à la CRR de Sion). Dans son rapport initial comme à l'occasion de son complément de janvier 2011, l'expert G.\_\_\_\_\_ n'avance aucun élément ou argument médical de nature à étayer ses conclusions. S'agissant en particulier de la période antérieure au mois de novembre 2008 (date qui correspond aux premières hospitalisations réalisées sur une base non volontaire à l'hôpital de K.\_\_\_\_\_), soit depuis le mois de mai 2002 à novembre 2008, la Dresse G.\_\_\_\_\_ concède qu'il lui est extrêmement difficile de dater avec précision le début des symptômes psychiatriques (R. 4 en p. 6-7 du complément d'expertise du 18 janvier 2011). A cet égard, ce psychiatre relève sans plus amples précisions temporelles que "dans un premier temps" les symptômes somatiques prédominaient, les symptômes psychiatriques (état dépressif diagnostiqué par le Dr X.\_\_\_\_\_, psychiatre de Sion) étant au second plan. Puis, sans disposer d'éléments médicaux objectifs si ce n'est l'existence d'un suivi psychiatrique depuis le mois d'avril 2005 auprès du Dr F.\_\_\_\_\_ à [...], la Dresse G.\_\_\_\_\_ considère sans plus ample motivation que la symptomatologie psychiatrique est progressivement passée au premier plan du tableau clinique au point de finalement entraîner la série d'hospitalisations psychiatriques à l'hôpital de K.\_\_\_\_\_.

A la lecture du dossier, on note que plusieurs avis médicaux émanant ou se rapportant aux avis d'experts s'inscrivent en nette opposition avec celui de la Dresse G.\_\_\_\_\_ quant à l'appréciation de la situation médicale en relation avec l'évaluation de la capacité de travail résiduelle du recourant durant la période déterminante. Ainsi que cela ressort du rapport d'examen SMR du 17 novembre 2004 rédigé par la Dresse T.\_\_\_\_\_, à la sortie du séjour passé à la CRR de Sion (du 22 mai au 12 juin 2002) bien qu'il eût été retenu des cervico-brachialgies chroniques et un état dépressif sans précision (F32.9), ceci compte tenu de l'ensemble du tableau somatique et psychique présent chez le recourant, les spécialistes de la CRR ont considéré qu'il en résultait une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle du recourant. Au

terme de son rapport d'expertise orthopédique du 23 juin 2003 consécutif à un examen clinique réalisé le 12 juin 2003, le Dr A. \_\_\_\_\_ a retenu que le recourant présentait une capacité de travail résiduelle de 50% dans son ancienne activité de poissonnier et de 80% dans une activité adaptée. Le 21 juillet 2003 au terme de son expertise, le Dr W. \_\_\_\_\_ a estimé que ne présentant pas de troubles psychiques influençant la capacité de travail sous l'angle psychiatrique, l'expertisé disposait alors d'une capacité de travail de 100%. Finalement, dans un rapport médical du 25 juin 2005, le Dr I. \_\_\_\_\_ (médecin-conseil de l'Oriph) admet qu'au terme de son stage d'observation (du 21 novembre 2005 au 26 février 2006), le recourant conserve une capacité de travail totale dans une activité adaptée (travaux légers, simples, ménageant le dos, évitant les positions de flexion antérieure prolongée ou fréquemment répétitive). Ce dernier constat est également partagé selon un rapport APAIL (CIP) du 14 mars 2006, lequel retient que le recourant pouvait être réadapté dans un emploi industriel léger à plein temps avec un rendement de 80% au minimum. Au vu de l'ensemble de ces avis spécialisés contredisant celui émis rétrospectivement par la Dresse G. \_\_\_\_\_, il n'est pas possible de suivre l'avis de la Dresse G. \_\_\_\_\_ selon lequel des troubles psychiatriques constatés lors de son examen documentés depuis novembre 2008 et dont il doit être admis qu'ils entraînent depuis lors une incapacité de travail totale dans toute activité, entraîneraient une incapacité de travail depuis le 19 novembre 2002 déjà. Sur ce point, l'expertise judiciaire apparaît d'ailleurs contradictoire dans la mesure où la Dresse G. \_\_\_\_\_ retient que le trouble dépressif est présent depuis 2004.

Quant aux constatations ressortant des rapports médicaux ou lettres des Drs B. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, il sied d'observer que ces avis émanent des médecins traitants du recourant et que, faute d'éléments objectifs mis en évidence ou ayant été ignorés dans le cadre des différentes expertises au dossier et qui seraient suffisamment pertinents pour en rediscuter les conclusions, on ne peut remettre en cause les expertises ordonnées par l'administration - ou en l'occurrence par les autres assureurs sociaux du recourant - du seul fait que les médecins traitants ont une opinion contradictoire (cf. consid. 4c supra).

**cc)** Pour être complet, l'argument du recourant voulant que "diverses personnes et organismes" (référence est notamment ici faite par l'intéressé au contenu du rapport APAIL (CIP) du 14 mars 2006) auraient estimé sa capacité de travail non pas à 80% mais à 60% se révèle infondé. En effet, à lecture de ce document, il appert que selon les observations effectuées, le recourant bénéficie d'un rendement à 80% dans un emploi industriel léger exercé à temps plein permettant l'alternance des positions assis/debout et avec un port de charges réduit. Il est par ailleurs ici le lieu de rappeler que selon la jurisprudence, les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent ainsi sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4; TFA I 762/2002 du 6 mai 2003, consid. 2, I 522/2000 du 22 mai 2001, consid. 2). Pour l'ensemble de ces motifs, le recourant ne peut être suivi par la cour lorsqu'il affirme que son rendement ne peut être supérieur à 60%.

**dd)** Fondée sur ce qui précède, la cour de céans retient en définitive que l'appréciation médicale de la capacité de travail telle que ressortant de la décision litigieuse, à la date où cette décision a été rendue, doit être suivie et ne saurait ouvrir le flanc aux critiques du recourant. L'aggravation survenue en novembre 2008, soit postérieurement à la décision attaquée du 18 décembre 2007, ne peut être prise en considération dans le présent litige et devra faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. consid. 4a supra).

**5.** Le bien-fondé d'une décision d'octroi d'une rente échelonnée dans le temps, à l'instar des rentes temporaires, doit être examiné à l'aune des conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (TF 9C\_50/2010 du 6 août 2010, consid. 4 et les références citées).

**a)** Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 273 consid. 1a et 112 V 371 consid. 2b). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées (cf. consid. 4b supra), la révision ne se justifie que lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

**b)** En principe, l'adaptation des prestations d'assurance sociales a lieu avec effet rétroactif (ex tunc). L'assurance-invalidité connaît cependant une réglementation différente lorsque la modification de la prestation a lieu en raison de questions spécifiques au droit de l'assurance-invalidité (ATF 119 V 431 consid. 2 et les références; TF I 528/2006 du 3 août 2007, consid. 7.2). Dans ces cas, la modification de la prestation d'assurance intervient en principe avec effet ex nunc et pro futuro (art. 85 al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]); si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI).

**c)** A ce stade, il importe d'examiner si les conditions pour la révision de la rente entière en un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> septembre 2003 telle que pratiquée par l'OAI, sur la base d'un degré d'invalidité de 41% à compter du mois de juin 2003, sont remplies en l'espèce. A ce titre,

il est au préalable nécessaire d'examiner les griefs soulevés par le recourant en relation avec le calcul de son degré d'invalidité tel qu'opéré par l'OAI en application de la méthode de comparaison des revenus.

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

L'invalidité est donc avant tout une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique et ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle, tel que le détermine le médecin puisque ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 et 105 V 205).

**bb)** L'assuré n'ayant pas repris d'activité professionnelle après avoir recouvré une capacité de travail de 80% en juin 2003, l'OAI s'est référé aux données statistiques résultant des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique pour estimer le revenu d'invalide réalisable pour l'année 2003. L'administration a ainsi déterminé que dans des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), exercées au taux de 80% et sous déduction d'un abattement de 10%, le salaire d'invalide réalisable s'élève à 41'620 fr. 45. Le recourant conteste à cet égard le bien fondé du salaire exigible mensuel de 4'557 fr. (valeur 2002, part au 13<sup>e</sup> salaire comprise avant indexation à 2003) pris en considération par l'OAI pour une activité simple et répétitive du secteur privé exercée selon une grille horaire hebdomadaire de quarante heures. A l'en croire, l'Office AI se serait ainsi basé sur des références qu'il ne produit pas et dont il ne serait par conséquent pas possible de contrôler l'exactitude. En l'occurrence, le grief soulevé par le recourant tombe à faux, étant précisé que la valeur salariale telle que retenue par l'Office AI correspond effectivement à la

donnée statistique concernée ainsi que celle-ci ressort de l'ESS 2002, donnée qui figure par ailleurs en consultation libre sous l'adresse internet: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/22/publ.html?publicationID=1292>.

S'agissant du revenu sans invalidité réalisable pour l'année 2003, l'OAI a considéré sur la base des informations fournies par le dernier employeur que dans son ancienne activité, le recourant pourrait prétendre à un revenu annuel de 70'800 francs. Le recourant soutient que ce montant est erroné dans la mesure où il ferait abstraction de la gratification qui lui était versée, année après année, par son ancien employeur, de sorte qu'en réalité son revenu sans invalidité devant être pris en considération s'élèverait à 73'800 francs. Ce grief ne peut être suivi compte tenu de la clarté de la lettre du 24 avril 2006 adressée par le dernier employeur du recourant, laquelle missive indique que le salaire annuel de l'assuré réalisable en 2003 dans le poste de chef poissonnier aurait été de 70'800 francs, soit 5'900 fr. servis douze fois l'an sans gratifications supplémentaires. Cette information a par ailleurs été entérinée ultérieurement selon un entretien téléphonique du 2 mai 2006 entre l'Office AI et l'ex-employeur, ce dernier confirmant qu'il n'y a plus eu de versement de gratifications à compter de l'année 2002. Dans ces circonstances, le revenu annuel sans invalidité de 70'800 fr. appert devoir être retenu en l'espèce.

**cc)** Après comparaison entre le revenu entre le revenu d'invalidé (41'620 fr. 45) et celui sans invalidité (70'800 fr.) réalisables en 2003, il en résulte une perte de gain de 29'179 fr. 55 (70'800 fr. - 41'620 fr.), soit un degré d'invalidité de 41.21% ( $[29'179 \text{ fr.} / 70'800 \text{ fr.}] \times 100$ ), arrondi à 41% (cf. ATF 130 V 121).

Au vu de ce qui précède, en passant de 100% à 41.21% dès le 12 juin 2003, il appert que le degré d'invalidité du recourant a subi une modification notable, autorisant ainsi la révision d'office du droit la rente pour l'avenir (réduction, passage d'une rente entière à un quart de rente). Ce changement important des circonstances propre à influencer le droit à

la rente justifiant une révision au sens de l'art. 17 LPGA étant intervenu en date du 12 juin 2003, c'est par conséquent à bon droit que la modification de la prestation d'assurance a été décidée avec effet ex nunc et pro futuro à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2003 (cf. consid. 5b supra).

**6. a)** Jusqu'au 31 décembre 2003, les personnes mariées pouvant prétendre à une rente avaient droit, si elles exerçaient une activité lucrative immédiatement avant la survenance de l'incapacité de travail ("unmittelbar vor ihrer Arbeitsunfähigkeit"; "immediatamente prima del manifestarsi dell'incapacità lavorativa"), à une rente complémentaire pour leur conjoint, pour autant que ce dernier n'ait pas droit à une rente de vieillesse ou d'invalidité (art. 34 al. 1, première phrase LAI, dans sa version modifiée lors de la 10<sup>e</sup> révision de l'AVS, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1997). La rente complémentaire n'était toutefois en outre octroyée que si l'autre conjoint pouvait justifier d'au moins une année entière de cotisations (let. a) ou avait son domicile et sa résidence habituelle en Suisse (let. b).

Dans son message concernant la dixième révision de l'AVS du 5 mars 1990, le Conseil fédéral a précisé à propos de l'art. 34 al. 1 LAI que le terme "incapacité de travail" devait être interprété dans le sens de l'art. 29 al. 1 let. b LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003). En ce qui concerne la computation, on se basait donc sur le début du délai d'attente d'une année, dès lors que l'impossibilité d'exercer une activité lucrative durant ladite période devrait être la règle, en tous les cas lorsqu'il y a invalidité grave.

**b)** En l'espèce, le recourant reproche à l'OAI d'avoir rendu une décision lacunaire dans la mesure où cette dernière ne statue pas, à tort, sur la rente complémentaire pour le conjoint fondée sur l'ancien art. 34 LAI pour ce qui concerne la période antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2004.

Ainsi que cela ressort des déterminations de la Caisse de compensation [...] du 3 avril 2008 déposées en cause par l'OAI en annexe à sa réponse, auxquelles dit office se rallie intégralement, considérant que

l'épouse du recourant bénéficie déjà d'un droit propre à une rente AI dès le 1<sup>er</sup> novembre 1998, son époux n'a par conséquent aucun droit à une rente complémentaire pour le conjoint compte tenu de la formulation explicite de l'art. 34 al. 1, première phrase LAI (cf. consid. 6a supra). Partant, l'absence d'une rente complémentaire en faveur de l'épouse du recourant selon la décision attaquée est parfaitement justifiée en l'espèce.

**7. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**b)** Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 600 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 18 décembre 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 600 fr. (six cent francs) est mis à la charge du recourant.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Olivier Burnet (pour E. \_\_\_\_\_),
- 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).

Le greffier :