

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 août 2012

Présidence de M. J O M I N I
Juges : Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre
Greffier : Mme Matile

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, recourant, représenté par son tuteur, à Onex, et assisté par Me
Isabelle Jaques, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 7, 8 et 16 LPGA; 4, 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. B._____ est né en 1986. Après sa scolarité obligatoire, il a commencé deux apprentissages, auxquels il a rapidement mis un terme, et il a travaillé pendant de brèves périodes comme auxiliaire (aide de cuisine, employé pour une commune).

Le 11 juillet 2004, B._____ a été victime un accident de la circulation, comme passager d'une automobile. Il a subi de nombreux traumatismes.

Le 10 janvier 2006, il a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a traité cette demande et obtenu des rapports des médecins ayant soigné l'assuré. Il a aussi pris connaissance du dossier de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA), assureur selon la LAA. La CNA avait, en particulier, fait examiner l'assuré lors d'un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR) à Sion, du 11 au 26 septembre 2007.

Le 21 juillet 2008, l'OAI a communiqué à l'assuré un préavis - projet d'acceptation de rente, octroi d'une rente d'invalidité - dans le sens de la reconnaissance du droit à une rente, basée sur un degré d'invalidité de 100 %, pour la période du 11 juillet 2005 au 27 décembre 2007. Le début de l'incapacité totale de travail correspondait à l'accident; la rente était due après le délai d'attente d'un an. L'OAI a considéré, sur la base en particulier de l'avis des médecins de la CRR, que l'état de santé s'était amélioré et qu'une reprise de l'activité dans la profession habituelle était possible depuis le 27 septembre 2007.

Représenté par son avocate, l'assuré a présenté des objections, en signalant de nouveaux problèmes de santé. L'OAI a demandé un avis à son service médical régional (ci-après: SMR), qui a

estimé qu'il n'y avait pas de fait nouveau déterminant (avis des 21 avril et 5 juin 2009).

L'OAI a rendu le 3 juillet 2009 une décision formelle d'octroi d'une rente d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} juillet 2005 au 31 décembre 2007, sur la base d'une motivation correspondant à celle de son préavis du 21 juillet 2008.

B. Le 4 septembre 2009, B._____ a recouru contre la décision négative de l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il conclut à la réforme de cette décision dans le sens où une rente d'invalidité entière lui est accordée dès le 11 juillet 2005. En substance, il se réfère à l'avis du psychiatre qui le suivait régulièrement (le Dr E._____, des Hôpitaux P._____), pour qui il ne disposait plus d'aucune capacité de travail depuis l'accident de juillet 2004.

Invité à répondre au recours, l'OAI s'est rallié à la réquisition du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale.

Des spécialistes du Bureau d'expertises V._____ (ci-après: Bureau d'expertises V._____), à Vevey, ont été désignés par le tribunal pour effectuer cette expertise. Le rapport, établi par le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie maxillo-faciale, le Dr Q._____, spécialiste en neurologie, la Dresse en psychologie S._____, la Dresse T._____, spécialiste en rhumatologie, et la Dresse C._____, spécialiste en psychiatrie, a été déposé le 4 juillet 2011.

Les experts ont retenu les diagnostics suivants, avec une répercussion sur la capacité de travail:

"• TROUBLE MIXTE DE LA PERSONNALITE (EMOTIONNELLEMENT LABILE TYPE BORDERLINE ET DYSSOCIAL) MAL COMPENSEE F61.0, PRESENT DEPUIS L'ADOLESCENCE

•SYNDROME POST-COMMOTIONNEL F07.2, AVEC TROUBLES NEUROPSYCHOLOGIQUES DEFICITAIRES PRESENTS DEPUIS L'ACCIDENT DU 11.07.2004

• SEQUELLES D'OSTEODYSTROPHIE DE CROISSANCE M 42.0

• DISCOPATHIE L5-S1 SANS SIGNE RADICULAIRE NI MEDULLAIRE M 51.9

- POSSIBLE TASSEMENT ANCIEN DE D6 M 48.5
- STATUS EMBOLISATION SPLENIQUE POUR LESION TRAUMATIQUE
- STATUS POST TRAUMATISME CRANIO-MAXILLO FACIAL (11.7.2004) AVEC:
TCC (FRACTURE FRONTO-BASALE ET FRACTURE FRONTALE EMBARREE)
FRACTURE HEMI LEFORT III A GAUCHE, HEMI LEFORT II A DROITE
FRACTURE PYRAMIDE NASALE.
STATUS POST-DESEMBARRURE FRONTALE ET PLASTIE DE BASE
FRONTALE (11.07.2004).
STATUS POST-REDUCTION ET DIVERSES OSTEOSYNTHESES DU MASSIF
FACIAL (21.07.2004).
STATUS POST NOUVELLE CRANIOPLASTIE FRONTALE ET CORRECTION
ENOPHTALMIE (25.08.2006).

Depuis quand sont-ils présents ? Accident 2004. Trouble de personnalité depuis l'adolescence."

Ce rapport comporte les passages suivants:

Aspect somatique:

"Neurologique

Sur le plan neurologique si le patient est orienté sur le plan de lui-même et sur géographique, on constate des difficultés mnésiques qui perturbent l'orientation temporelle. Il existe un dommage permanent avec l'anosmie, la diplopie verticale vers le haut et la gauche, la photophobie en relation avec la mydriase gauche fixe, la discrète ptose palpébrale gauche, la limitation de l'élévation du globe oculaire gauche vers le haut. Nos confrères ophtalmologues ont déjà retenu les conclusions quant aux limitations fonctionnelles que cela engendre pour un travail nécessitant la vision binoculaire, de la précision en hauteur. M. ne peut manipuler de machine dangereuse. Pour la conduite d'un véhicule, on suggérerait des investigations complémentaires avec un expert en circulation. Pour l'instant M. B. _____ n'envisage pas de faire son permis de conduire. L'anosmie ne devrait pas le faire exposer au travail à des substances volatiles dangereuses. L'hyperesthésie dans le territoire V2 s'ajoute aux cicatrices du visage et du crâne. Il n'y a pas d'atteinte des voies longues.

Ce sont surtout les séquelles neuropsychologiques qui entrent en ligne de compte et sont limitatives. Elles ont été amplement évaluées par l'experte neuropsychologue. Au plan strictement cognitif, l'informativité dans le langage est suffisante malgré la faible appétence. Il n'y a pas de ralentissement à des épreuves verbales en temps limité. L'orthographe et le graphisme correspondent au niveau scolaire. Les gnosies et les praxies évaluées cliniquement sont dans les normes. L'apprentissage d'une liste de mots (California Verbal Learning Test) est dans les normes, voire les normes supérieures, comme l'apprentissage visuo-spatial (15 signes). Les empan verbaux et visuo-spatiaux sont bons, voire excellents. Monsieur réussit des opérations nécessitant une mémoire de travail de base (séquences lettres-chiffres et empan verbal à l'envers dans les normes). La plupart des épreuves exécutives simples sont dans les normes. Le raisonnement à l'épreuve d'intelligence de Wechsler III est globalement dans la moyenne des personnes de son âge.

On constate, par contre, en cohérence avec les plaintes du patient, des difficultés de calcul oral, d'attention et de mémoire de travail lors d'opérations complexes. L'ensemble de ces difficultés peut être attribué à une symptomatologie dysexécutive: l'indice de mémoire de travail est pathologique à la WAIS III. Au calcul oral, on relève la perte du fil du raisonnement, l'oubli de la consigne en cours de travail, le recours à des stratégies inefficaces ou inadaptées, ces difficultés étant répercutées sur des opérations complexes (par exemple à la

division par écrit qui est échouée). Au sous-test de l'arithmétique de la WAIS, nécessitant à la fois mémoire de travail et mise en stratégie sur la base de l'analyse préalable des données du problème, les résultats sont pathologiques. La coordination réciproque reste difficile et on constate encore des persévérations à la deuxième frise de Luria. La mémoire sémantique est insuffisante au sous-test information, WAIS III alors que les similitudes et le vocabulaire à cette même échelle sont dans la moyenne.

En conclusion, l'examen neuropsychologique a mis en évidence la persistance, au plan cognitif, de troubles attentionnels et mnésiques pour la mémoire de travail et la mémoire sémantique ainsi que des troubles dysexécutifs pour les épreuves complexes (mise en stratégie, planification).

Au plan comportemental, les troubles dysexécutifs se marquent plus nettement. Le patient est anoso-diaphorique (peut constater des difficultés mais s'y montrer indifférent) et insuffisamment nosognosique de la gravité de ses troubles. La réactivité émotionnelle est globalement émoussée, les plaintes sont rares et légères comparées aux modifications du comportement constatées lors de l'examen et décrites par les collègues de la SUVA et actuellement par l'oncle de Monsieur (échelle ISPC).

L'ensemble des observations des modifications du comportement et des troubles cognitifs vont dans le sens d'une symptomatologie de type frontal ou dysexécutive cognitive et comportementale post-traumatique, compatible avec les lésions cérébrales subies lors de l'accident du 11.07.2004. Lors de lésions frontales antérieures, il est habituel que les troubles du comportement soient au premier plan alors que les tests peuvent relativement peu perturbés, comme c'est le cas chez Monsieur B._____.

Enfin, il faut ajouter que cette symptomatologie post-traumatique intervient chez une personne dont les ressources cognitives et comportementales étaient déjà particulières, comme l'attestent l'anamnèse des troubles du comportement social pendant la scolarité, les difficultés scolaires et la consommation de substances avant l'accident.

Selon l'experte, le trouble comportemental handicape totalement le patient. On n'entrevoit au professionnel que la possibilité de l'intégrer en atelier dit d'occupation à temps partiel, sous réserve ou alors quelques heures par semaine en situation professionnelle pour une activité simple et sous supervision bienveillante (vu sa faible résistance au stress, ses impulsions et une violence non contrôlée possibles).

Ces éléments ont fait l'objet d'une discussion consensuelle entre le neurologue et la neuropsychologue.

Il est important de souligner que l'observation à la CRR mettait déjà en exergue des troubles dysexécutifs, mnésiques, et du comportement."

Aspect psychiatrique:

[...]

"A l'examen clinique de ce jour, M. B._____ frappe par une immaturité majeure, une certaine indifférence par rapport à sa situation, des éléments projectifs, des clivages et la notion de divers agirs depuis l'adolescence. Ces éléments permettent de conclure à une personnalité émotionnellement labile type borderline et dyssociale, mal compensée depuis l'adolescence. S'y associe une intelligence limite, présente depuis l'enfance.

A ce jour, la thymie est neutre, sans médication antidépressive. Monsieur ne présente pas d'anxiété généralisée, d'attaque de panique ou de phobie particulière.

Je ne retiens pas un diagnostic d'état de stress post-traumatique car M. B._____ n'a aucun souvenir de cet accident; il ne présente pas de cauchemars récurrents, de pensées intrusives, de flash-back ou d'état de qui-vive.

L'expertisé présente un syndrome post-commotionnel en lien avec l'accident du 11.07.2004 avec une irritabilité, une fatigabilité, une réduction des capacités d'apprentissage et d'adaptation qui s'associe aux troubles neuropsychologiques décrits.

Limitations, répercussions sur la capacité de travail

Le trouble de personnalité mixte (émotionnellement labile type borderline et dyssocial) mal compensée et le syndrome post-commotionnel entraînent un fonctionnement dans le "tout ou rien", des clivages, une interprétativité, des troubles du comportement de type mal socialisé, des conflits relationnels et une réduction des capacités adaptatives et de l'apprentissage. Ces limitations interfèrent de 100% dans une activité lucrative.

Perspectives thérapeutiques et pronostic

Seule une activité en milieu protégé paraît envisageable à ce jour et elle est exigible dans le but de réinsérer progressivement ce jeune expertisé.

L'experte psychiatre s'écarte de l'avis psychiatrique de la CRR car on a l'évidence que depuis l'adolescence des troubles mixtes de la personnalité se sont installés avec des troubles conséquents du comportement et une intelligence limite qui l'ont perturbés dans l'acquisition d'une formation professionnelle. A la CRR on suggérait déjà un cadre protecteur pour une reprise d'activité.

Nous ne sommes pas d'accord avec notre confrère du SMR qui estime que les troubles n'ont pas entravé le patient pour exercer une activité dans le monde normal de l'économie. Son accident est survenu à l'âge de 17 ans, M. n'avait aucune formation reconnue."

Les experts ont évalué ainsi les influences des atteintes précitées sur la capacité de travail:

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

Au plan physique

Eviter les charges répétitives supérieures à 10 kg et occasionnelles supérieures à 20 kg.

Eviter les positions statiques du tronc, permettre des alternances de position.

Eviter les activités avec forte luminosité, nécessitant la précision d'une vision binoculaire.

Eviter l'exposition à des substances volatiles toxiques

Les déficits neuropsychologiques ne rendent possible qu'une activité simple sous encadrement, en milieu protégé

Au plan psychique et mental

Le trouble mixte de la personnalité (émotionnellement labile type borderline, dyssocial) mal compensée et le syndrome post-commotionnel entraînent comme limitations: un fonctionnement dans le "tout ou rien", des clivages, une interprétativité, des troubles du comportement de type mal socialisé, des conflits relationnels et une réduction des capacités adaptatives de l'apprentissage.

Au plan social

Les troubles psychiques entraînent des conflits relationnels à répétition et un certain retrait social.

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

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

Au plan physique

Ils rendent impossible la reprise des anciennes activités : aide cuisinier, employé à la voirie.

Au plan psychique

Les troubles psychiques entraînent un fonctionnement dans le «tout ou rien », des agirs, des troubles du comportement, des conflits relationnels, une

intolérance à la frustration, une vulnérabilité au stress et une réduction des capacités d'apprentissage et d'adaptation.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Au plan physique

La capacité résiduelle est celle d'une activité occupationnelle.

Au plan psychique

La capacité résiduelle de travail est nulle.

[...]

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

De la fin de la scolarité jusqu'à l'accident du 11.07.2004, incapacité de travail de 50% pour raison psychique.

Depuis l'accident du 11.07.2004 jusqu'à ce jour, incapacité de travail de 100%.

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

Au plan psychique

Les troubles psychiques conséquents empêchent une adaptation à un environnement professionnel."

C. Les parties ont pu se déterminer sur l'expertise.

Le 12 septembre 2011, le recourant a présenté quelques remarques de détail sur des faits relatés lors de l'anamnèse. Il n'a pas requis de complément d'expertise.

Le 7 septembre 2011, l'OAI a produit un avis médical du SMR du 3 août 2011. En fonction de cet avis, il a déclaré faire siennes les conclusions des experts. Le SMR a notamment exposé ce qui suit: "Depuis l'accident de juillet 2004, l'exigibilité est nulle dans toute activité du monde de l'économie. L'expertise est fouillée, précise avec souci du détail. Les raisons pour lesquelles les experts du Bureau d'expertises V. _____ s'écartent des experts de la CRR sont convaincantes".

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à

recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours, dirigé contre une décision d'octroi d'une rente d'invalidité limitée dans le temps, a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable et il y a lieu d'entrer en matière.

2. L'OAI a accordé au recourant une rente entière d'invalidité jusqu'au 31 décembre 2007. La contestation porte sur le refus des prestations à partir de cette date, le recourant concluant à ce que la rente entière continue à lui être versée ensuite. Le début du droit à la rente (juillet 2005) n'est pas contesté.

Il s'agit donc d'examiner si, dans la décision attaquée, l'OAI était fondé à retenir une amélioration de l'état de santé au mois de septembre 2007 (à la fin du séjour à la CRR), de sorte que le recourant ne remplissait plus les conditions pour le droit à une rente d'invalidité (trois mois après l'amélioration).

a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail

équilibré. Selon l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2006), la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité. Il faut que le degré d'invalidité soit d'au moins 40 %. A partir de 70 %, l'assuré a droit à une rente entière.

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde principalement sur des documents médicaux. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). 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).

Il faut examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si le tribunal met en œuvre une expertise médicale, les constatations des experts – lorsqu'elles ne sont pas contestées par les parties – ont en principe une pleine valeur probante (à propos de la valeur probante des rapports médicaux, cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

b) Dans le cas particulier, l'expertise judiciaire permet d'établir clairement que le recourant ne dispose plus d'aucune capacité de travail, ni dans une activité qu'il a pu exercer précédemment, ni dans une activité adaptée à ses limitations, depuis l'accident dont il a été victime en juillet 2004. Il s'ensuit que l'OAI ne pouvait pas lui accorder seulement une rente limitée dans le temps, mais qu'il devait lui reconnaître le droit à une rente entière, sans limite de temps – sous réserve bien entendu d'une amélioration éventuelle de l'état de santé qui devrait être prise en considération dans le cadre d'une procédure de révision (art. 17 LPGa, art.

87 ss RAI [Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]).

L'OAI a du reste admis, après le dépôt de l'expertise judiciaire, que les constatations médicales des experts devaient conduire à une telle appréciation de la situation.

Il s'ensuit que les conclusions du recourant, qui demande une rente entière dès le mois de juillet 2005, sont fondées, et que le recours doit être admis. La décision attaquée doit partant être réformée dans cette mesure.

5. Les frais de justice doivent être mis à la charge de l'OAI (art. 61 let. b LPGA; 69 al. 1bis LAI; 49 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]). Le recourant, assisté par une avocate, a droit à des dépens à la charge de l'OAI (art. 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 3 juillet 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que au recourant B._____ a droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} juillet 2005.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** Une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs), à payer au recourant B._____ à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Isabelle Jaques (pour B._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :