

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 août 2016

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
MM. Bidiville et Küng, assesseurs  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.**\_\_\_\_\_, à **W.**\_\_\_\_\_, recourant, représenté par Me Samuel Pahud,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 49 al. 2 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** D.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le [...], natif du Kosovo, établi en Suisse depuis 1985, engagé en qualité de manutentionnaire par l'entreprise J.\_\_\_\_\_ en septembre 1999, a été victime d'un accident sur son lieu de travail le 30 novembre 2004. Plus exactement, l'intéressé a été heurté par trois charriots chargés de colis et s'est trouvé coincé contre une glissière, avant de tomber à terre.

Ensuite de cet accident, D.\_\_\_\_\_ a séjourné à l'Hôpital S.\_\_\_\_\_ (H.\_\_\_\_\_) pendant quatre jours. Le rapport d'admission, signé du Dr B.\_\_\_\_\_, médecin assistant, posait les diagnostics de contusion lombaire et de traumatisme abdominal écrasant, avec palpation diffusément douloureuse de l'abdomen, du rachis lombaire, des apophyses épineuses L4-L5 et du pubis. Les examens radiologiques et un scanner excluaient l'existence d'autres lésions.

Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA), assureur accidents professionnels et non professionnels de l'employeur.

Après sa sortie de l'Hôpital S.\_\_\_\_\_, l'assuré a consulté le Dr Y.\_\_\_\_\_ en date du 10 décembre 2004, lequel, dans son rapport du 5 juillet 2007 à la CNA, a posé le diagnostic de contusions lombaires et abdominales et relevé des douleurs lombaires à la mobilisation du rachis et une palpation de la paroi abdominale diffusément sensible. Ce médecin a attesté d'une pleine capacité de travail dès le 20 décembre 2004 et du terme du traitement à la date du 26 janvier 2005.

**B.** Le 9 mai 2007, l'employeur de l'assuré a transmis à la CNA une déclaration de sinistre LAA, pour rechute.

**C.** En date du 27 novembre 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le

canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), faisant état de douleurs aux hanches et genoux consécutives à l'accident du 30 novembre 2004 et mentionnant une incapacité de travail de 100% du 31 janvier au 22 février 2007, de 50% dès lors et jusqu'au 27 août 2007, puis à nouveau de 100% dès le 28 août 2007.

Dans le cadre de l'instruction menée par l'OAI, il a été versé au dossier plusieurs rapports médicaux, notamment :

- un rapport IRM des hanches, établi le 21 mars 2007 par la Dresse Z.\_\_\_\_\_, radiologue FMH, concluant à l'absence d'anomalie de l'articulation coxo-fémorale droite ;
- un rapport du 26 mars 2007 du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne, posant le diagnostic de douleurs inguinales droites d'origine indéterminée, le diagnostic différentiel de possible hernie inguinale, et retenant en conclusion ce qui suit:

« J'ai suspecté, sur la base de l'[examen] clinique, une éventuelle atteinte au niveau de la hanche droite et au vu de la normalité de la radiographie du bassin, j'ai demandé une IRM injectée par gadolinium du bassin qui n'a pas démontré de fracture par insuffisance ou de nécrose aseptique de la hanche droite.

Par ailleurs, lors du contrôle clinique du 26 mars 2007, les plaintes n'étaient plus localisées au niveau de la hanche mais vraiment uniquement dans le pli inguinal droit. L'examen neurologique étant normal, ce qui pose ainsi le diagnostic différentiel d'une hernie inguinale, qui à mon avis, mériterait un examen clinique spécialisé et éventuellement la pratique d'une [...] échographie. Pour ma part, je n'ai donc rien d'autre à proposer à M. D.\_\_\_\_\_ puisque les plaintes qu'il présente ne sont pas d'ordre ostéo-articulaire et en tout cas ne [semblent] pas être non plus d'ordre neurologique. »

- un rapport IRM des hanches et de la paroi abdominale, établi le 15 mai 2007 par le Dr R.\_\_\_\_\_, radiologue FMH, rappelant l'existence d'une spondylo-discarthrose en L5-S1 et concluant à une IRM « dans les limites de la norme, sans explication quant à la symptomatologie douloureuse présentée par le patient » ;

- un rapport du 18 septembre 2007 du Dr X.\_\_\_\_\_, rhumatologue (MER) au service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation de l'Hôpital M.\_\_\_\_\_, qui a posé comme diagnostic principal celui de pygio-cruralgies droites d'origine peu claire et observé des déficiences fonctionnelles du rachis dorso-lombaire dans un contexte d'insuffisance musculaire et de dysbalance entraînant une surcharge fonctionnelle du moyen fessier droite, avec en sus de probables éléments de surcharge psychologique, sous forme d'un état anxio-dépressif certain entraîné par la perte progressive des capacités fonctionnelles antérieures. Sur le plan somatique, ce médecin préconisait une rééducation globale du rachis afin d'améliorer les insuffisances fonctionnelles, ceci dans un délai évalué de 3 mois à 3 ans ;
  
- un rapport du 15 janvier 2008 à l'OAI du Dr C.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assuré, mentionnant les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombo-pygalgies droites d'origine indéterminée (troubles statiques et dégénératifs, syndrome de Maigne droite, déconditionnement physique global et focal avec insuffisance du moyen fessier droit), ainsi que d'état anxieux dépressif réactionnel. Le Dr C.\_\_\_\_\_ relevait une marche avec boiterie, une marche talon-pointe difficile, des douleurs à la palpation para-lombaire basses ainsi qu'au niveau du pli inguinal, des adducteurs et du fessier droit, avec une position de repos du membre inférieur droit en léger flexum, des réflexes vifs et symétriques, sans trouble neurologique net. Il considérait que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible, au contraire d'une autre activité plus légère, variant les positions, sans charges, ni mouvements en porte-à-faux, l'exercice de cette activité à un taux de 50 % lui paraissant plausible ;
  
- un rapport d'examen radiologique de la colonne lombaire du 29 juillet 2008 du Dr N.\_\_\_\_\_, radiologue FMH, relevant l'existence de troubles statiques, d'altérations dégénératives lombaires

particulièrement prononcées en L5-S1 ainsi que d'une limitation de l'ampliation fonctionnelle, sans argument en faveur d'instabilité.

**D.** Ces rapports ont été soumis au SMR, lequel a préconisé en date du 13 novembre 2008 la mise en œuvre d'un examen rhumatologique et psychiatrique. Le mandat a été confié aux Dresses U.\_\_\_\_\_, physiatre, et Q.\_\_\_\_\_, psychiatre, lesquelles ont examiné l'assuré le 4 décembre 2008. Dans leur rapport du 18 décembre 2008, elles ont posé les diagnostics incapacitants de syndrome lombaire avec irradiations pseudo-radiculaires droites dans le contexte d'un trouble statique et d'une discopathie L5-S1 avancée, d'une ancienne maladie de Scheuermann et de dysbalances musculaires. Quant aux diagnostics non incapacitants, ils consistaient en une hypertension artérielle non traitée, en un déconditionnement global modéré, un status post appendicectomie en 1981 et en une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il ressort de l'anamnèse psychosociale et psychiatrique notamment les éléments suivants :

« Vie quotidienne

L'assuré vit avec son épouse et leurs trois enfants dans un appartement locatif sis à W.\_\_\_\_\_. L'assuré perçoit son ancien salaire versé par l'entreprise J.\_\_\_\_\_, dont les prestations s'étendent jusqu'au 31.01.2009. L'épouse est au bénéfice d'une rente AI entière.

Le matin, l'assuré se lève à 06 h 45, en même temps que ses enfants. Il boit un café et prend soin de sa toilette.

Durant la matinée, il passe l'essentiel de son temps couché dans le canapé, à regarder la TV : il apprécie les émissions musicales, ainsi que les informations en langue française et albanaise. Il sort marcher dans le quartier, croisant volontiers quelque connaissance.

En fin de matinée, il cuisine le repas de midi qui est pris avec l'épouse et les deux enfants cadets. L'après-midi, l'assuré sort marcher avec son épouse, le couple achète quelque denrée si nécessaire. Les deux personnes conduisent la voiture.

Au domicile, l'assuré n'utilise pas l'ordinateur, il ne lit que peu (le journal) et n'a pas de loisir propre si ce n'est la cuisine (il n'en a jamais eu). Les principaux achats sont réalisés en famille, en voiture. Une femme de ménage se rend au domicile de la famille 10 h par semaine environ, elle prend aussi soin des travaux de lessive et du repassage.

Les week-ends sont passés à se promener en famille ou à réaliser des achats.

La vie sociale de l'assuré est décrite comme riche, il partage des invitations avec des amis et voit régulièrement des membres de sa famille élargie : il a un beau-frère à F.\_\_\_\_\_, un à G.\_\_\_\_\_ et un

à K.\_\_\_\_\_. Il voit également son frère qui habite P.\_\_\_\_\_.  
L'assuré téléphone aux membres de sa famille au pays.  
En fin de journée, l'assuré cuisine le repas du soir qui est pris à cinq.  
La soirée est passée en famille devant la TV, l'intéressé se couche  
entre 23 h et minuit. Sur le plan des sports, l'assuré ne peut que se  
promener. Il ne possède pas lui-même d'animaux, son fils a des  
oiseaux. L'intéressé n'a pas de vie associative.  
Son dernier voyage a eu lieu au pays durant une semaine à mi-  
novembre 2008, le trajet s'est déroulé en avion ; il s'est passé  
correctement, malgré les douleurs.

#### - Plaintes actuelles

Les plaintes de l'assuré sont des douleurs chroniques de la région  
lombaire et inguinale D, irradiant sur la face postérieure du MID  
jusqu'au talon. Il n'a aucune plainte d'ordre strictement  
psychiatrique. »

De l'examen clinique psychiatrique, il ressort ce qui suit :

« Assuré de présentation correcte, orienté et collaborant. La  
mobilisation est algique, centrée sur le MID. L'assuré marche en  
boitant lourdement en défaveur de la jambe D, ce qui n'avait pas été  
relevé par la réceptionniste avant l'arrivée du médecin. Seul le bord  
latéral du pied D est posé au sol, la cheville positionnée en varus. La  
boiterie est visiblement inconfortable et en déséquilibre,  
aucunement antalgique. La chaussure, déjà longuement portée, a  
une semelle usée à peu près normalement, pas sur le point d'appui  
démonstré par l'assuré durant l'examen. On n'observe que quelques  
stries sur la chaussure au point de contact avec le sol, ce qui  
confirme que l'assuré ne marche de cette manière que pour de rares  
occasions. La position assise est stable sur la chaise durant une  
heure, aucun signe en douleur n'est perçu.

Le contact est agréable, l'attitude courtoise. La maîtrise de la langue  
française est de bonne qualité. Le discours est cohérent, informatif  
et le focus bien partagé. L'assuré retrace son anamnèse avec clarté  
et cohérence, la réponse aux questions est précise et succincte. La  
mémoire des dates et des faits est bonne. Il n'y a pas de trouble du  
cours de la pensée. Il se décrit spontanément comme un homme  
très travailleur, attaché à son emploi où il s'est rendu à maintes  
reprises malgré les réticences médicales. La réaction à la  
confrontation conduit à des explications calmes et pertinentes.  
Aucun élément de la lignée anxieuse n'a été décelé.

Sur le plan des éléments de la lignée dépressive, la psychomotricité  
est vive, la thymie congruente aux propos abordés. L'appétit est  
décrit comme correct, le sommeil préservé. La perception de l'avenir  
est bien structurée. Il n'y a pas de trouble de l'attention ni de la  
concentration. L'image de soi est bonne, l'assuré se décrit comme  
un homme trop gentil, qui aide tout le monde. Il n'y a pas de  
sentiment de culpabilité, pas d'anhédonie, pas d'aboulie ni  
d'idéation suicidaire. Il n'y a pas de signe de fatigabilité.

L'examen ne met en évidence aucun élément évocateur d'une atteinte du registre psychotique ni d'un trouble grave de la personnalité. »

Quant à l'appréciation du cas par les deux médecins, elle est la suivante :

« (...)

Sur le plan psychiatrique, l'anamnèse familiale et personnelle sont vierges. L'assuré n'a aucune plainte psychiatrique, si ce n'est qu'il reconnaît sa souffrance psychique face à sa problématique douloureuse.

A l'examen de ce jour, il s'agit d'un assuré performant, vif et collaborant dont l'intelligence est bien préservée. L'examen spécialisé confirme que l'assuré n'a aucune atteinte psychiatrique qui puisse prendre un caractère invalidant, il n'y a notamment aucun signe de dépression au sens des classifications internationales et l'assuré ne prend aucun traitement psychotrope.

En conséquence, l'exigibilité professionnelle est totale, comme elle l'a toujours été sur le plan psychiatrique.

Face à la problématique douloureuse chronique, les critères de gravité sont évalués : il n'y a pas de comorbidité psychiatrique, les affections corporelles chroniques sont décrites sur le versant somatique de cet examen. Le processus maladif s'étend depuis 2004, avec des mises en arrêt de travail continues dès le 31.01.2007. L'assuré a été naturalisé Suisse au 24.01.2007. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale, le processus défectueux de résolution de conflit pourrait être mis en corrélation avec une dynamique conjugale, l'épouse étant au bénéfice d'une rente AI depuis une dizaine d'années. Les traitements conformes aux règles de l'art sont perçus comme peu efficaces. Il n'y a pas de signe de non-coopération.

En conséquence, l'appréciation des critères de gravité est rassurante, elle ne grève pas l'exigibilité professionnelle de l'assuré. Selon les documents médicaux en notre possession, le médecin traitant, le Dr C. \_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 15.01.2008, signale un état anxieux dépressif réactionnel. L'examen de ce jour n'apporte aucun argument pour exclure ce diagnostic, mais l'intensité des symptômes n'a jamais été telle qu'elle aurait porté préjudice à l'exigibilité professionnelle de l'assuré. Bien qu'il n'y en ait aucun signe à l'examen de ce jour, l'existence de ces symptômes n'est pas exclue mais n'a jamais été sévère, ce qui est confirmé par l'abstention thérapeutique du médecin-traitant.

Au plan somatique, l'assuré se plaint de douleurs lombaires et dans l'aine D qui se sont installées en 2004, suite à un accident de travail. Avec le temps, ces douleurs se sont augmentées, l'assuré se plaint également de douleurs dans la jambe D, notamment dans le talon, ce qui le force à marcher sur le bord externe du pied. Les investigations approfondies ont mis en évidence une discopathie L5-S1 sans composante herniaire et sans instabilité démontrée. Les différents traitements n'ont pas amené de soulagement, une adaptation de la place de travail n'a pas permis à l'assuré de reprendre son travail d'une façon normale, il avait trop de douleurs. Lors de l'examen de ce jour, on est en face d'un homme de 47 ans, en bon état général. Le status de la médecine interne générale

montre une hypertension artérielle systolique et diastolique (l'assuré confirme qu'on aurait mesuré déjà à plusieurs reprises des tensions élevées). Sinon le status de la médecine interne générale est dans les limites de la norme.

Le status ostéo-articulaire est un peu difficile à établir, avec une collaboration moyenne, l'assuré n'allant visiblement pas jusqu'au bout de ses possibilités. Ainsi, il décharge toujours le genou D mais en position neutre, il n'y a pas de trouble statique important. La mobilité cervico-dorsale est dans les limites de la norme, indolore. La mobilité active lombaire est diminuée dans toutes les directions, douloureuse, avec une distance doigts-sol de 31 cm, une distance doigt-orteil en position assise de 15 cm et des index de Schober de 30/33 cm respectivement 10713,5 cm ; ces tests provoquent des douleurs lombaires intenses. La musculature para-vertébrale dorso-lombaire est relativement peu développée mais pas contracturée et pas spécifiquement douloureuse.

Aux membres supérieurs, on note une bonne mobilité de toutes les grandes articulations sans aucun signe clinique pour une lésion de la coiffe des rotateurs ou une atteinte inflammatoire respectivement, dégénérative. La flexion maximale des bras provoque des douleurs lombaires.

Au niveau des membres inférieurs, la mobilité est également bonne, la mobilisation passive des grandes articulations provoquent toujours des douleurs lombaires, à D également des douleurs dans l'aîne et dans la fesse (même quand on fait une extension de la hanche D, c'est la fesse qui fait mal). Les genoux sont calmes, les ligaments stables, il n'y a pas de signe pour une atteinte dégénérative ou méniscale. L'assuré peut marcher sur les talons et les pointes des pieds, mais laisse tomber le pied G ; quand il se déplace, il ne charge que le bord externe du pied D mais peut sans autre tenir la position monopodale D d'une façon normale.

Le status neurologique est dans les limites de la norme, il n'y a notamment aucun déficit sensitivo-moteur radiculaire ou périphérique. 4 sur 5 signes selon Waddell sont présents.

Le dossier radiologique confirme le trouble modéré de la statique rachidienne et met en évidence une discopathie relativement avancée L5-S1 et des traces étendues d'une ancienne maladie de Scheuermann dorso-lombaire. L'IRM ne montre pas de hernie discale ni d'autre élément compressif mais quelques signes MODIC parlant en faveur d'une composante inflammatoire, mais les clichés fonctionnels ne montrent pas de macro-instabilité.

En résumé, cet assuré présente des douleurs lombaires et de l'aîne prenant la fesse et la jambe D, notamment le talon. Une partie de ces douleurs s'explique par l'atteinte rachidienne lombaire, mais vu l'absence d'une hernie discale ou d'autre élément compressif, on s'explique mal le problème de la jambe D et la boiterie quelque peu caricaturale. L'assuré est démonstratif lors de l'examen ostéo-articulaire, sa démarche ne correspond pas avec les traces d'usure qu'on trouve sur les chaussures. L'atteinte mono-segmentale lombaire contre-indique certainement un travail lourd et sollicitant le rachis mais une activité adaptée aux limitations fonctionnelles reste exigible à 100%, sans diminution significative du rendement. »

Le rapport d'examen clinique énumère encore les limitations fonctionnelles, soit, sur le plan ostéo-articulaire, l'évitement d'une position

statique prolongée assise, debout, en rotation-flexion du tronc ou encore en porte-à-faux, ainsi qu'un port de charges limité à 10 kg occasionnellement. Est également exclu le travail à la chaîne ainsi que sur des machines vibrantes, en position accroupie ou avec relèvement à répétition. Il n'existe pas de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique.

Étant précisé qu'à partir de la reprise d'activité à 50 % de l'assuré dès le 19 février 2007, son employeur avait aménagé différemment son poste de travail, les auteurs du rapport observaient que le poste proposé dès février 2007, impliquant le port de charges légères, était tout à fait adapté au problème lombaire et exigible à 100 %, avec éventuellement une diminution de rendement de l'ordre de 10 % due au besoin de changer de position.

Observant que l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique par les Dresses U.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ avait mis en évidence un trouble dégénératif avancé au niveau du rachis lombaire responsable d'une partie de la symptomatologie de l'assuré, le Dr A.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en médecine physique et rééducation auprès du SMR, a retenu dans son rapport du 8 janvier 2009, outre les diagnostics mentionnés dans cet examen, une incapacité de travail d'au moins 50 % dans l'activité habituelle et une pleine capacité de travail existant dès février 2007 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles telles qu'énumérées par ses consoeurs.

**E.** La procédure devant la CNA a abouti le 10 décembre 2007 à une décision de refus de prestations d'assurance, faute de lien de causalité entre l'accident du 30 novembre 2004 et les troubles annoncés comme rechute. D.\_\_\_\_\_ a formé opposition contre cette décision le 8 janvier 2008, rejetée par la CNA le 30 avril 2008. Recours a été interjeté par l'assuré le 30 mai 2008 contre cette décision sur opposition auprès de la Cour de céans, son instruction donnant lieu à la production de plusieurs rapports et expertises médicaux, évoqués ci-dessous et versés au dossier de l'assuré auprès de l'OAI :

a) un rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2008, établi par le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique à L.\_\_\_\_\_, à l'attention du conseil de l'assuré, évoquant une symptomatologie douloureuse générant une altération des capacités de déplacement et de station assise ou debout, restant très importante. Le Dr I.\_\_\_\_\_ se référait à une IRM lombaire du 8 juillet 2008 démontrant notamment une discopathie L5-S1 avec légère saillie disco-ostéophytaire à grand rayon de courbure, un peu plus marquée en situation paramédiane gauche et postéro-latérale gauche, sans conflit radiculaire évident, ainsi qu'aux examens radiographiques du rachis lombaire du 29 juillet 2008 révélant des troubles statiques ainsi que des altérations dégénératives lombaires particulièrement prononcées en L5-S1 ;

b) un deuxième rapport du Dr I.\_\_\_\_\_ du 30 décembre 2008, dans lequel ce médecin observait, à l'examen clinique de l'assuré, une position corporelle asymétrique avec un héli-bassin droit en avant et une position en flexion de la hanche droite lors de la marche avec appui sur le bord latéral externe du pied droit. À l'examen du rachis, il était constaté une rectitude lorsque l'assuré s'inclinait vers la droite alors que la colonne présentait une incurvation vers la gauche normale, avec une distance doigts sol supérieure à 35 cm. Il existait une symptomatologie douloureuse au niveau de la région inguinale et de l'héli-bassin droit ainsi que lors des manœuvres d'extension et flexion du rachis, à la palpation haute du rachis dorsal et à la flexion active de la cuisse droite. La mobilisation de la ceinture scapulaire présentait une amplitude physiologique, les mouvements actifs des bras déclenchant cependant une symptomatologie douloureuse au bas de la colonne lombaire. L'état de santé de l'assuré était très altéré par la symptomatologie douloureuse et les limitations fonctionnelles dans les déplacements ainsi que dans les activités quotidiennes. Le Dr I.\_\_\_\_\_ relevait encore que si l'état de son patient avait plutôt tendance à se détériorer, il existait une certaine stabilité dans la gravité de cet état. Enfin, il estimait prématuré une évaluation de l'atteinte à l'intégrité et considérait l'assuré inapte à toute activité professionnelle ;

c) un rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 15 décembre 2008 relevant qu'objectivement, son patient présentait une boiterie associée à une position en flexion de la hanche, la démarche se faisant sur la partie externe du pied, une raideur à la mobilisation du rachis lors de l'inclinaison vers la droite, la distance doigts-sol étant supérieure à 30 cm, une douleur en rétro-pulsion de la colonne et une flexion douloureuse tant activement que passivement lors de la mobilisation du membre inférieur, laquelle empêchait le mouvement complet. Le médecin traitant posait le diagnostic de lombo-pyralgies post-traumatiques et relevait que la symptomatologie douloureuse était toujours fortement présente avec pour effet de limiter les déplacements et entraver les activités quotidiennes. Les difficultés rencontrées par son patient étaient plus importantes en raison de sa participation très active dans la vie familiale consécutive à la sclérose en plaques de sa femme. Il observait également une atteinte psychique sous forme d'une diminution de la qualité du sommeil et des troubles de l'humeur.

**F.** Entre-temps, soit le 12 septembre 2008, l'entreprise J. \_\_\_\_\_ a résilié le contrat de travail de l'assuré avec effet au 31 janvier 2009, une tentative de reprise du travail le 14 juillet 2008 s'étant soldée par un échec immédiat.

**G.** En date du 7 avril 2009, l'OAI a adressé d'une part une communication à l'assuré lui octroyant un droit au placement, sous la forme d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi, d'autre part un projet de décision de refus de rente d'invalidité. L'OAI constatait une incapacité de travail dans l'activité habituelle depuis le 31 janvier 2007 et une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. En prenant en compte un revenu sans invalidité de 64'365 fr. 25 et un revenu avec invalidité de 55'250 fr., calculé sur la base des statistiques ESS 2006 (TA1, niveau de qualification 4) et diminué de 10 % à titre d'abattement au vu des limitations fonctionnelles, la perte de gain s'élevait à 9'115 fr. 25, correspondant à un degré d'invalidité de 14 %, insuffisant pour donner droit à des mesures professionnelles.

Ensuite d'un entretien du 13 mai 2009 dans le cadre de la procédure de placement, il a été mis fin à la mesure en raison de nouveaux éléments, notamment la production prochaine d'un rapport médical orthopédique, la décision des organes de l'assurance-chômage constatant l'inaptitude au placement de l'assuré et la confirmation par celui-ci de ne pas être capable d'entrer en matière pour trouver un travail, ceci en raison de son état de santé.

En date du 18 mai 2009, l'OAI a rendu une première décision de refus de rente d'invalidité, reprenant les termes du projet de décision.

À la même date, par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré a fait part de ses objections au projet de décision du 7 avril 2009, requis un délai complémentaire et produit notamment deux attestations d'inaptitude au placement établies par le Dr C. \_\_\_\_\_ à l'attention de l'assurance chômage ainsi qu'un rapport du Dr I. \_\_\_\_\_ du 2 avril 2009 prenant position sur l'avis du Dr E. \_\_\_\_\_, médecin-conseil de la CNA, plus particulièrement sur la question du lien de causalité entre l'accident du 30 novembre 2004 et les lésions annoncées à titre de rechute.

Par courrier du 24 juin 2009, l'OAI a répondu négativement à une demande de l'assuré de mise sur pied d'un stage dans l'un de ses centres, ceci au motif que l'instruction était terminée. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré a requis l'OAI en date du 17 juillet 2009 de reconsidérer sa prise de position, subsidiairement de rendre une décision formelle. L'OAI a maintenu sa position dans un avis du 23 juillet 2009, réservant l'hypothèse d'une instruction complémentaire en fonction des nouvelles pièces médicales attendues. L'assuré a persisté dans ses conclusions par écriture du 14 août 2009.

En date du 30 octobre 2009, l'assuré a produit une expertise privée du Dr I. \_\_\_\_\_ du 23 octobre 2009, établie dans le cadre de la procédure l'opposant à la CNA et assortie d'extraits de la littérature médicale. Le Dr I. \_\_\_\_\_ posait le diagnostic de discopathie sévère L5-S1

post-traumatique génératrice d'un syndrome douloureux persistant, considérait que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, avec néanmoins le risque, qualifié de non négligeable, d'une aggravation et préconisait un traitement médical global et coordonné. La capacité de travail de l'assuré dans son activité de manutentionnaire était selon lui nulle. A la question de savoir quelle était la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans toute activité adaptée, le Dr I.\_\_\_\_\_ a répondu : « je vois mal quelle activité pourrait être adaptée actuellement, cette activité devrait être faite en position couchée ». Cette expertise privée était accompagnée d'un rapport du Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, du 11 septembre 2009 constatant que sur le plan strictement académique, la discographie n'était pas parfaitement positive puisque la douleur très intense attendue n'était pas observée et concluant que le disque L3-L4 était sain, que le disque L5-S1 était douloureux et plus particulièrement, qu'il reproduisait bien la douleur présentée par le patient habituellement, avec une fuite discale très nette observée en direction de la racine L5 droite.

Dans un avis du SMR du 25 janvier 2010, signé du Dr A.\_\_\_\_\_, l'évaluation de l'état de santé de l'assuré par le Dr I.\_\_\_\_\_ a été qualifiée de subjective et empathique dans la mesure où ce médecin ne mettait en avant aucune autre atteinte d'ordre médical, ni une modification du status ostéoarticulaire ou neurologique par rapport à l'examen clinique réalisé au SMR. Quant au rapport du Dr O.\_\_\_\_\_, il mettait en évidence une importante pathologie discale L5-S1, avec fuite du produit de contraste et si la discographie n'était pas parfaitement positive pour une étiologie discale de la symptomatologie présentée par l'assuré, la fuite du produit de contraste autour de la racine L5 droite évoquait un phénomène inflammatoire à l'origine des douleurs exprimées par l'assuré. Le Dr A.\_\_\_\_\_ concluait que les nouvelles pièces médicales confirmaient les diagnostics déjà retenus dans le cadre de l'examen bidisciplinaire du SMR, aucune autre atteinte à la santé, aussi bien sur plan ostéoarticulaire que psychique, n'ayant été révélée. S'agissant des divergences relatives à la capacité de travail, elles s'expliquaient par la non prise en considération lors de l'examen clinique au SMR des

phénomènes de non organicité clairement mis en évidence par l'examen clinique et attribués à un syndrome de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Le Dr A.\_\_\_\_\_ rappelait qu'il était même fait état à plusieurs reprises d'un comportement de l'assuré « à caractère démonstratif et caricatural lors de l'examen clinique proprement dit, en contradiction avec une mobilité spontanée sans entraves particulières et l'absence de mise en évidence de signes d'épargne ou de signes algiques lors de l'examen psychiatrique ou pendant l'anamnèse de l'examen ostéoarticulaire ». En conséquence, la capacité de travail de l'assuré demeurait de 100 % dans une activité adaptée depuis février 2007.

Le 9 février 2010, l'OAI a rendu une nouvelle décision de refus de rente d'invalidité identique au projet de décision du 7 avril 2009, accompagnée d'une motivation écrite. En substance, l'intimé renvoyait à l'avis médical du SMR du 25 janvier 2010 et précisait que les stages d'observation professionnelle au sens des chiffres 2003 à 2005 de la Circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel (ci-après : CMRP) constituaient des mesures d'instruction, et non des mesures professionnelles au sens strict du terme. Ils se seraient en l'occurrence avérés inutiles à l'instruction.

**H.** Dans le cadre de la procédure judiciaire opposant l'assuré à la CNA, une expertise a été confiée au Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, lequel a examiné le recourant et s'est adjoint la collaboration du Dr A.A.\_\_\_\_\_, psychiatre. Le rapport d'expertise du 14 février 2010 se fonde, outre sur les examens pratiqués par les deux experts respectivement les 11 décembre 2009 et 20 janvier 2010, sur une appréciation fonctionnelle pratiquée par une ergothérapeute, les pièces médicales au dossier et divers documents radiologiques. Après exposé des différentes anamnèses, des plaintes et des activités quotidiennes de l'assuré ainsi que du status clinique physique et psychiatrique, l'expert a retenu les diagnostics de :

Algodystrophie hanche droite (Syndrome douloureux régional complexe)

- Syndrome somatoforme douloureux persistant

Lombosciatalgies droites dans un contexte de:

- Discopathie dégénérative L5-S1
- Séquelle de maladie de Scheuermann
- Dysbalances musculaires des secteurs sous-pelviens
- Déconditionnement physique locorégional et global

Hypertension artérielle

Status après appendicectomie

L'expert a également rapporté les activités quotidiennes du  
recourant :

« M. D. \_\_\_\_\_ se lève à 6h30, fait sa toilette, avant de prendre un café et manger un croissant. Puis, il allume la télévision et regarde les nouvelles de la Suisse et du Kosovo en discutant avec sa femme. Parfois il s'endort pendant quelques minutes sur le canapé. Vers 11h00, il sort acheter du pain, se rendant en voiture dans un supermarché. Parfois, il se rend aux rendez-vous chez son médecin ou son avocat en voiture ou en métro. Puis il rentre et commence à préparer le repas de midi. Le repas de midi est pris vers 12h00 avec sa femme et 2 de ses 3 enfants. Ensuite, il prend le café et les enfants débarrassent la table étant donné son handicap douloureux. Après le café, il sort faire une promenade d'une durée de 45 à 50 minutes, par exemple à I.I. \_\_\_\_\_ ou dans le centre commercial. Parfois, il s'installe dans un café où il rencontre d'anciens collègues de travail ou des connaissances avec lesquels il passe volontiers quelque temps. Puis il rentre et s'allonge sur le canapé en regardant la télévision. Parfois il fait une sieste de 15 minutes, ou il sort à nouveau pour une promenade d'environ 30 minutes. De retour à la maison, il prépare le repas du soir. Le repas du soir est pris en famille vers 19h00. Le reste de la soirée se déroule en famille en discutant de la journée ou en regardant la télévision. Il se couche entre 23h00 et 00h00 et s'endort sans difficulté majeure, mais son sommeil est altéré à cause des douleurs.

M. D. \_\_\_\_\_ fait régulièrement la cuisine à midi et le soir. Le samedi, il assume les grandes courses, assisté par ses enfants pour porter les charges lourdes. Cependant il explique que c'est lui qui choisit les produits, puisqu'il fait régulièrement la cuisine. Sinon, il assure les petites courses dans des supermarchés avoisinants. Parfois, il se rend en ville, seul ou en compagnie de ses enfants, pour acheter des vêtements.

La plupart des tâches ménagères sont assurées par une femme de ménage, qui se rend chez l'assuré pendant 3 heures, 5 jours par

semaine. Elle est payée par les prestations AI de l'épouse de l'assuré. Cette femme de ménage nettoie l'appartement, passe l'aspirateur, fait la lessive, le repassage ainsi que la vaisselle. »

Quant à l'anamnèse psychologique, elle révélait ce qui suit :

« M. D. \_\_\_\_\_ est à même de suivre une émission de télévision ou une conversation. La concentration est « normale », ainsi que l'attention et la mémoire. Néanmoins, il se sent souvent fatigué en réaction à ses douleurs, ayant moins d'énergie, étant obligé de s'asseoir après 5 minutes de travail debout. Dans ce même contexte, il se sent ralenti. Malgré des soucis socio-économiques, l'assuré nie la survenue de souvenirs répétitifs ou d'idées envahissantes, se posant cependant souvent la question : « Pourquoi est-ce que la SUVA me fait ça ? ». Il n'y a pas d'hypochondrie, ni d'anxiété généralisée, ni d'attaque de panique. Il n'évoque pas de phobie particulière, ni d'éléments en faveur d'obsessions ou de compulsions. L'assuré nie tout autre élément d'anxiété. Il ne fait pas preuve d'attitude méfiante, au contraire, M. D. \_\_\_\_\_ reste ouvert, toujours prêt à aider les gens. Il ne souffre pas de timidité ou de gêne lors des contacts sociaux. Il n'est pas confronté à des idées délirantes, ni à des troubles de la perception sous forme d'hallucinations. Il n'y a pas de phénomènes de déréalisation, ni de dépersonnalisation.

L'humeur est décrite comme : « un peu triste et un peu déprimée » chez un homme qui évoque que les soucis envers la SUVA lui « tombent sur le moral ». Il ne démontre pas de sentiment de culpabilité, ni d'irritabilité ou encore d'impulsivité. Quant à son avenir, l'assuré relève : « pour le moment ça va » décrivant des aspects positifs, vis-à-vis de ses enfants, exprimant parallèlement ses soucis concernant la SUVA, sans pessimisme notable. Durant cet entretien, le patient n'a pas fait état d'idées noires ou d'idées suicidaires. L'appétit est maintenu avec une prise de 4 kg, les 12 derniers mois.

Du point de vue de sa personnalité, M. D. \_\_\_\_\_ se décrit comme étant une personne ouverte, aimant aider les autres, parlant avec tout le monde. Il ajoute qu'il a toujours donné de bon coeur. »

De l'examen psychiatrique par le Dr A.A. \_\_\_\_\_, l'expert T. \_\_\_\_\_ a relevé les éléments suivants :

« M. D. \_\_\_\_\_ se présente ponctuellement à son rendez-vous, où il s'est rendu en voiture, conduite par lui-même. Il s'agit d'un homme correctement habillé, soigné de sa personne, avec une barbe de 2 à 3 jours, paraissant son âge, collaborant et orienté aux 4 modes. Le contact s'établit facilement, il se présente ouvert et authentique, donnant volontiers des informations quant à sa situation. Aucun foetor éthylique, ni de tremblements ne sont observés. Pendant l'examen, il change régulièrement de position, s'allongeant à moitié par moments et se levant après environ 1 heure d'examen afin de soulager ses douleurs.

M. D. \_\_\_\_\_ reconstruit bien son anamnèse et donne des informations détaillées avec des dates exactes. On ne relève pas de troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention, ni de ralentissement psychomoteur. Il maîtrise bien les tests de la mémoire immédiate et différée, ainsi que ceux de l'attention et cela même après un examen d'une durée de 120 minutes. Durant l'entretien, le patient n'a pas manifesté de signe de fatigue, ni de manque d'énergie.

L'humeur est légèrement déprimée à la base, avec des baisses de moral suite à l'évocation de ses douleurs, de la maladie de sa femme ou encore lors du rappel du litige avec la SUVA. L'humeur s'allège par contre dès que des thèmes positifs sont abordés, comme le bon contact avec des amis compatriotes en Suisse ainsi que son intérêt pour la cuisine. Parlant de ses enfants, M. D. \_\_\_\_\_ se présente souriant par moments. Il n'évoque pas d'idées noires ou suicidaires. Il ne manifeste pas de signe floride de la lignée dépressive, ainsi on ne peut retenir le diagnostic de dépression majeure.

Sur le plan anxieux, il n'exprime pas la survenue d'angoisses persistantes, ou attentes craintives en faveur d'une anxiété généralisée. Son discours ne permet pas d'évoquer la notion d'attaque de panique en faveur d'un trouble panique, ni de phobie en faveur d'un trouble phobique. L'assuré ne décrit pas d'agoraphobie, de phobie sociale, ni de claustrophobie. Les quelques traits anxieux présents sont le reflet des confrontations existentielles actuelles et de l'handicap douloureux avec ses limitations fonctionnelles, mais ses particularités restent discrètes et ne permettent pas de retenir un trouble spécifique de ce registre.

M. D. \_\_\_\_\_ parle suffisamment bien le français avec un accent. Il s'exprime avec un discours simple, structuré, parfois circonstancié mais toujours cohérent. Il partage bien le focus d'attention pendant tout l'examen. On ne peut objectiver de symptômes de la lignée psychotique, notamment délires, hallucinations, troubles formels ou logiques de la pensée en faveur d'un diagnostic de décompensation psychotique.

L'intelligence de M. D. \_\_\_\_\_ est dans les limites de la norme, ce qui lui permet de bien comprendre les enjeux de l'examen. Les plaintes essentielles de l'assuré concernent surtout des douleurs physiques, apparues depuis l'accident de 2004, à l'origine des limitations fonctionnelles dans sa vie quotidienne. »

En décrivant l'évolution de l'état de santé du recourant, l'expert T. \_\_\_\_\_ a notamment exposé ce qui suit:

« Actuellement, M. D. \_\_\_\_\_ est confronté à un cortège douloureux extensif, accompagné d'un enraidissement progressif lombo-pelvien, situation qui n'est guère satisfaisante sur le plan fonctionnel.

[...]

Depuis le début de la prise en charge, on relève dans les divers rapports médicaux l'existence d'une mobilisation de la hanche douloureuse avec apparition en secondaire d'une limitation dans l'amplitude articulaire de la coxo-fémorale droite et survenue d'un syndrome douloureux qui a tendance à diffuser distalement, sans pour autant retenir d'altération sensitivo-motrice déficitaire.

[...]

A la lecture des appréciations des divers intervenants, et des examens radiologiques, on doit évoquer la survenue d'une algodystrophie de hanche expliquant l'enraidissement progressif articulaire, et les douleurs intenses décrites par le patient. La normalité du bilan IRM ne permet pas d'exclure un tel diagnostic et à mon avis on aurait dû s'orienter vers le diagnostic: Syndrome douloureux régional complexe de la hanche, anciennement dénommé algodystrophie froide ou maladie de Südeck.

En différé, la situation se complique encore par l'expression d'un syndrome somatoforme douloureux. L'interprétation erronée, la signification donnée à la douleur, les conséquences socio-familiales ou les échecs thérapeutiques successifs sont autant d'éléments qui constituent des obstacles à la réassurance du malade, dont la douleur devient progressivement le centre des préoccupations. À cela s'ajoute le fait que ce sujet démontre des troubles statiques et posturaux en rapport avec un déséquilibre musculaire et articulaire. En toile de fond se situe la problématique de l'atteinte discogène dégénérative L5-S1, d'apparition ultérieure, qui joue aussi un rôle interférentiel en s'exprimant essentiellement par des troubles douloureux à caractère mécanique. Comme la verticalité est inconfortable, toutes les activités qui requièrent une endurance sont sources de douleurs puisqu'un flambage axial s'installe. Dans l'état actuel de son organisation, les contraintes mécaniques externes même modestes s'avèrent subjectivement mal tolérées. Le test fonctionnel PACT le confirme, allant même jusqu'à une auto-limitation manifeste dans toute activité. Par conséquent, l'appréciation objective de la sévérité du handicap fonctionnel ne peut présumer, de manière pertinente, des répercussions fonctionnelles. [...]. Dans le contexte de ces douleurs, il exprime un sentiment important de détresse en faveur du diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, sans trouble de la personnalité morbide. »

L'expert a encore observé que les divers rapports médicaux relataient une reproductibilité des mêmes déficits fonctionnels avec le constat systématique, et ce depuis 2007, d'un échec de toutes les tentatives thérapeutiques, ce qui rendait totalement illusoire d'escompter une amélioration. Quand bien même les divers traitements conservateurs n'avaient guère abouti, l'expert ne préconisait pas une intervention chirurgicale ou antalgique instrumentale. S'agissant de la capacité résiduelle de travail de l'assuré, elle était nulle dans l'activité professionnelle antérieure. Dans une activité adaptée à l'état de santé, soit dans une activité limitant les déplacements et offrant une alternance de positions, l'exigibilité professionnelle devait s'élever à 50 % sur le plan purement théorique. Cependant, le pronostic sur le plan professionnel paraissait défavorable à l'expert, en raison de la chronicisation des douleurs, du processus d'invalidation et du contexte social, la reprise

d'une activité professionnelle étant improbable, ceci pour des raisons essentiellement sociales et non médicales.

I. Par acte du 12 mars 2010, D.\_\_\_\_\_ a interjeté recours contre la décision rendue le 9 février 2010 par l'OAI, concluant à l'octroi de trois quarts de rente d'invalidité à compter du 31 janvier 2007, avec intérêts à 5 % dès cette date. Il fait grief à l'OAI de ne lui avoir proposé aucune mesure en vue de sa réinsertion professionnelle, nonobstant ses demandes de stage, notamment d'observation professionnelle, mais relève l'inanité actuelle d'une telle mesure, en raison de son état de santé. Observant que les constatations médicales et expertises effectuées par l'OAI ne se fondaient que sur l'examen du dossier et que le rapport d'examen clinique bidisciplinaire du SMR ne reposait quant à lui que sur un seul entretien d'environ une heure, le recourant privilégiait l'appréciation des Drs C.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_, dans la mesure où elle résultait d'un suivi personnel, régulier et de longue date. Faisant sienne la conclusion de l'expert T.\_\_\_\_\_, soit d'une exigibilité professionnelle dans toute activité adaptée de 50 %, et se prévalant d'un abattement de 25 %, le recourant estimait le revenu avec invalidité à 23'021 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 64 %.

À l'appui de son recours, l'assuré a produit diverses pièces, dont un rapport de son médecin traitant du 8 janvier 2008 à la CNA retraçant la chronologie médicale des événements ainsi que les rapports du 4 février 2008 du Dr B.B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et du 9 février 2009 du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, tous deux médecins d'arrondissement de la CNA. Les avis des Drs B.B.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ portaient principalement sur le rapport de causalité naturelle entre l'accident du 30 novembre 2004 et les lésions annoncées dans le cadre de la rechute. Quant au Dr C.\_\_\_\_\_, il observait que son patient présentait toujours des cruralgies droites invalidantes entraînant une boiterie avec des douleurs tant diurnes que nocturnes, avec en sus une position de léger flexum du membre inférieur droit au repos. Il n'existait pas de trouble neurologique net. En revanche, le Dr C.\_\_\_\_\_ mentionnait

une douleur élective à la palpation au niveau du pli inguinal, de la région fessière et lombaire basse.

Après réception du rapport d'expertise du Dr T.\_\_\_\_\_ et de son complément du 29 juin 2010, lequel développait les éléments autorisant selon ce médecin le diagnostic d'algodystrophie de la hanche droite, l'OAI s'est déterminé sur le recours par écriture du 29 juin 2010 et a conclu à son rejet, en se référant entre autres à un avis du SMR du 3 mai 2010, signé du Dr A.\_\_\_\_\_. Observant dans un premier temps, s'agissant de l'examen bidisciplinaire auprès du SMR, que l'examen psychiatrique avait duré une heure trente et l'examen ostéoarticulaire plus de deux heures, le Dr A.\_\_\_\_\_ se référait à son précédent avis dans lequel il expliquait déjà que la divergence de l'évaluation de la capacité de travail avait pour origine la prise en compte, par les médecins traitants comme l'expert privé du recourant, d'éléments de non organicité pour déterminer dite capacité de travail résiduelle, lesquels ne pouvaient être considérés comme incapacitants sur une longue durée.

Dans ses déterminations du 1<sup>er</sup> septembre 2010, le recourant a fait valoir que le rapport d'examen clinique du SMR n'avait pas valeur d'expertise et présentait un défaut d'objectivité dans la mesure où l'OAI était à la fois juge et partie. Se fondant sur des pièces nouvellement produites, plus particulièrement sur des rapports du Dr I.\_\_\_\_\_ des 23 et 28 août 2010, lequel se prononçait sur l'avis SMR du 10 juin 2010, le recourant soutient que le diagnostic d'algodystrophie doit être posé dans son cas et que « la composante psychologique est la conséquence de l'affection et non la cause de celle-ci ». Dans ces rapports, outre de discuter du diagnostic d'algodystrophie, littérature à l'appui, le Dr I.\_\_\_\_\_ exposait que l'expérience du Dr A.\_\_\_\_\_ était bien moindre que celle du Dr T.\_\_\_\_\_, dont il estimait l'avis probant et pertinent.

**J.** Par arrêt du 6 octobre 2010, la Cour de céans a rejeté le recours et confirmé la décision sur opposition de la CNA du 30 avril 2008, niant l'existence d'un lien de causalité naturelle dans un contexte de rechute, ceci sur la base des conclusions du Dr E.\_\_\_\_\_. Par arrêt du 19

décembre 2011, le Tribunal fédéral a admis le recours de D.\_\_\_\_\_, annulé le jugement et renvoyé la cause à la Cour de céans pour instruction complémentaire s'agissant des circonstances de l'accident du 30 novembre 2004, en particulier la gravité du traumatisme subi, et pour mise en œuvre d'une surexpertise, laquelle a été confiée au Dr C.C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en médecine du sport. En cours de mandat, le Dr A.A.\_\_\_\_\_ a été désigné en qualité d'expert psychiatre.

La présente cause a été suspendue par ordonnance du 22 janvier 2013, dans l'attente du sort de la cause AA.

**K.** Le rapport d'expertise du Dr C.C.\_\_\_\_\_, daté du 24 juin 2013, a été déposé le 4 novembre 2013. Il se fonde, outre sur l'expertise psychiatrique de son confrère, sur les pièces du dossier, trois examens cliniques, les actes médicaux de l'hospitalisation du recourant à l'Hôpital S.\_\_\_\_\_ le 30 novembre 2004 ainsi que les clichés radiographiques effectués à cette occasion, les examens complémentaires pratiqués dans le cadre du mandat, soit des examens d'imagerie médicale ainsi que les examens cliniques requis auprès du Dr D.D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, et du Pr. E.E.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. L'expertise contient une anamnèse, la relation des plaintes du recourant, les constats résultant des examens cliniques et d'imagerie médicale requis. Il ressort en particulier des radiographies du bassin et de la hanche droite qu'elles « ne montrent pas d'anomalie au niveau de la hanche droite, en particulier pas de signe d'arthrose, pas de signes post-traumatiques », que les articulations sacro-iliaques sont sans particularité et que l'arthro-IRM de la hanche droite révèle une « irrégularité marquée du labrum antéro-supérieur, se prolongeant en position antéro-inférieure, fortement suspecte de déchirure focale de ce dernier, sans amincissement cartilagineux significatif ni altération du signal osseux sous-chondral ».

Le Dr C.C.\_\_\_\_\_ a dans un premier temps discuté les multiples diagnostics somatiques posés par les médecins consultés par le recourant de même que ceux mentionnés par l'expert T.\_\_\_\_\_.

L'examen clinique effectué le 21 février 2013 par le Dr D.D.\_\_\_\_\_ à la demande de l'expert révèle qu'aucune hernie inguinale n'était mise en évidence, ce qu'a confirmé le rapport ultrasmographique dont il ressort également que l'articulation coxo-fémorale ne présentait pas d'épanchement. Rappelant par ailleurs que le diagnostic d'algodystrophie constituait un diagnostic différentiel, difficile à confirmer ou infirmer en l'absence de signe clinique clair ou d'imagerie et constatant en outre que ce diagnostic avait été posé par le Dr T.\_\_\_\_\_ sur la base de l'anamnèse, l'expert a sollicité le Pr. E.E.\_\_\_\_\_ en vue de confirmer ou infirmer la présence ou un état séquellaire d'un « complexe régional pain syndrom » (algodystrophie). Le Pr. E.E.\_\_\_\_\_ a examiné le recourant le 9 avril 2013 et formulé les conclusions suivantes :

« Malgré la présence d'une irradiation douloureuse dans le membre inférieur droit, le patient ne présente actuellement aucun signe radiculaire sensitif moteur ou réflexe. On remarquera par ailleurs que l'irradiation douloureuse ne suit pas spécifiquement un territoire radiculaire, puisque si la topographie initiale, touchant la partie postérieure de la cuisse et de la jambe évoque donc un territoire S1, l'atteinte peu distale de la douleur irradiant au niveau de la partie proximale du dos du pied évoque ici un dermatome L5, éventuellement L4. Par ailleurs, on ne trouve aucun signe évoquant une dénervation chronique, sur le plan d'un déficit moteur ou réflexe ou l'inactivité musculaire spontanée, ce qui fait conclure que l'amyotrophie relative du membre inférieur droit est purement de non-utilisation, ce qui correspond très bien à la démarche de décharge antalgique susmentionnée. En ce qui concerne l'éventualité d'un syndrome de type « complexe régional pain syndrom », le seul signe neurologique potentiellement compatible, que l'on retrouve chez ce patient, est la discrète diminution de la température cutanée dans la partie proximale de la cuisse du côté droit, mais qui, retrouvée de façon purement isolée, sans aucune modification végétative associée, notamment sans modification des phanères, est plutôt compatible avec la différence d'utilisation musculaire entre le membre inférieur droit et le membre inférieur gauche.

Il existe par ailleurs un syndrome lombo-vertébral essentiellement postural, cédant en position allongée, qui paraît en premier lieu correspondre à la position antalgique du patient en position debout et lors de sa déambulation, et non un problème discopathique significatif avec compression radiculaire, dont on ne retrouve aucun signe clinique.

En conclusion, au plan neurologique, le patient ne présente actuellement pas de signe d'atteinte nerveuse compressive ou inflammatoire touchant les racines ou les troncs nerveux du membre inférieur droit, aussi bien dans leur composante sensitive que motrice et végétative, et parlant ainsi contre l'existence d'un complexe régional pain syndrom de type II (c'est-à-dire avec contribution neurologique déficitaire objective). L'imagerie de la

hanche devrait permettre de vérifier la présence ou l'absence de signe osseux pouvant évoquer la forme « non neurologique » (type I). Quant au syndrome lombo-vertébral avec irradiation douloureuse dans le territoire radiculaire atypique du membre inférieur droit, en l'absence de tout déficit sensitivo-moteur ou réflexe significatif, l'interprétation est en faveur d'une atteinte purement posturale irritative, ou une éventuelle composante compressive discale ou osseuse associée, a priori peu significative, est à vérifier par l'imagerie lombaire ».

Sur le plan somatique, l'expert C.C. \_\_\_\_\_ a dans un premier temps retenu le diagnostic somato-structurel de discopathie L5-S1 douloureuse, de lésion du bourrelet (labrum) de la hanche droite et de séquelles d'une maladie de Scheuermann de la colonne lombaire. Les douleurs lombaires sévères actuelles pouvaient être expliquées d'une part par l'évolution naturelle de la lésion dégénérative L5-S1 et d'autre part, par le dysfonctionnement de la ceinture pelvienne dû à l'important déficit fonctionnel de la hanche droite. La lésion du bourrelet, se situant dans la région supéro-externe du cotyle de la hanche droite était peu grave, sans conséquence et probablement asymptomatique d'autant plus qu'il n'existait pas de lésion cartilagineuse du cotyle concomitante. Ce type de lésion était en général perçu comme douloureux dans des positions extrêmes, en particulier flexion-adduction/rotation interne, entre autres dans les activités sportives, mais certainement pas dans la vie de tous les jours. La maladie de Scheuermann était une maladie de la colonne vertébrale survenant à l'adolescence, touchant surtout la colonne dorsale, mais pouvant aussi atteindre la colonne lombaire. Les séquelles de cette maladie, particulièrement en cas d'atteinte des vertèbres lombaires, pouvaient être à l'origine de lombalgies plus ou moins importantes. Il n'existait donc pas de diagnostic somatique structurel susceptible d'expliquer les douleurs dont souffrait le recourant. Outre cette discopathie douloureuse, l'expert a relevé un déficit de mobilité de la hanche droite, particulièrement en flexion-extension avec un flexum résiduel obligeant le recourant à marcher avec une canne depuis deux à trois ans (été 2011 selon le recourant). L'expert a encore observé que l'assuré souffrait de vraies douleurs invalidantes provoquant d'importants déficits fonctionnels de la hanche droite, à l'origine, entre autres, d'une importante boiterie et des troubles du sommeil.

Du rapport d'expertise psychiatrique du 25 septembre 2013 du Dr A.A. \_\_\_\_\_, lequel a confirmé le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, de syndrome douloureux somatoforme persistant, existant probablement depuis fin 2006, il sera notamment retenu les extraits suivants :

« Anamnèse orientée :

M. D. \_\_\_\_\_ peut suivre une conversation ou une émission de TV. Il s'intéresse surtout au match de football ainsi qu'aux nouvelles et des émissions politiques. Le jour avant l'examen il suit par exemple l'interview d'un candidat aux élections à Pristina. Il constate « c'était trop intéressant, c'était vraiment génial ». N'ayant jamais beaucoup lu, M. D. \_\_\_\_\_ préfère s'informer via la télévision. Il nie de difficulté de concentration ou de l'attention et décrit une bonne mémoire en ajoutant « jamais, je n'ai oublié un rendez-vous ». Ayant gardé l'énergie de sa jeunesse « dans le coeur », il constate que le corps ne suit plus à cause de ses douleurs, sans sentiment manifeste de fatigue.

Il nie des ruminations ou de souci particulier en constatant « ma femme oui, mais moi pas ». Il n'y a pas de sentiment permanent d'angoisse ou d'attente craintive en faveur d'une anxiété généralisée, ni d'attaque de panique en faveur d'un trouble panique. En l'absence de l'évitement d'une situation phobogène, il n'y a pas de phobie particulière. M. D. \_\_\_\_\_ nie toute préoccupation particulière concernant des maladies graves en faveur d'hypocondrie ainsi que tout élément en faveur d'obsession ou de compulsion. Il ajoute « je suis tranquille » et nie tout élément d'anxiété.

M. D. \_\_\_\_\_ regrette que beaucoup de ses amis de l'entreprise J. \_\_\_\_\_ se sont détournés de lui depuis qu'il ne travaille plus. Gardant un contact proche et régulier avec d'autres amis ainsi que sa grande famille, il se décrit comme sociable sans timidité ou de gêne dans les contacts sociaux, au contraire, « j'entre dans un groupe de 1000 personnes et je ne me gêne pas ». Etant très ouvert, il nie toute attitude méfiante. Il n'y a pas d'idée délirante, ni de trouble de la perception sous forme d'hallucination. Il n'y a pas de phénomènes de déréalisation, ni de dépersonnalisation.

Quant à son humeur, M. D. \_\_\_\_\_ constate « ça va ». Il décrit des périodes de stress à cause du litige avec la Suva ainsi que ses douleurs tout en constatant « mais je ne suis pas vraiment triste ». Il n'y a pas de sentiment de culpabilité, au contraire, « j'ai 52 ans, j'ai fait 99 % juste et 1 % faux ». Il n'y a pas d'irritabilité, ni d'impulsivité, car « j'ai trop de patience ». Dans l'avenir M. D. \_\_\_\_\_ espère maintenir un maximum de ses capacités physiques pour rester actif car, « l'avenir est bien ». Il n'y a pas d'attitude morose et pessimiste. Il nie toute idée noire ou suicidaire dans le passé ou le présent. M. D. \_\_\_\_\_ nie de perturbation majeure de sommeil et constate « ça va, des fois je me réveille à 3 h du matin à cause de mes douleurs ». L'appétit est bon et M.

D.\_\_\_\_\_ décrit une prise de 6 kg depuis une année avec un poids actuel de 93 kg pour 1.80 m. Depuis l'aggravation des douleurs, la libido est diminuée.

(...)

#### Vie sociale :

M. D.\_\_\_\_\_ habite un appartement de 5 pièces qui se trouve au 1<sup>er</sup> étage d'un immeuble avec ascenseur. Il partage l'appartement avec sa femme et ses 3 enfants, la famille ne garde pas d'animaux. M. D.\_\_\_\_\_ et son épouse vivent de la rente AI de cette dernière ainsi que de 2'900.- CHF de prestations complémentaires par mois. La fille aînée contribue au revenu familial avec un salaire de 4'200.- CHF et la 2<sup>ème</sup> fille dispose d'un salaire d'apprentie de 1'000.- CHF par mois. Avec ce budget, M. D.\_\_\_\_\_ arrive à gérer les finances de la famille dont il s'occupe seul tout en constatant, « mais c'est toujours serré ». Il effectue régulièrement les paiements de la famille auprès de J.\_\_\_\_\_ et s'occupe de toute la correspondance avec les institutions officielles. Il déclare des dettes s'élevant à environ 40 à 50'000.- CHF empruntées auprès de sa famille pour les vacances annuelles coûtant à chaque fois 10'000.- CHF pour toute la famille. Cependant, il dit avoir payé son avocat avec ses économies.

M. D.\_\_\_\_\_ décrit une vie sociale marquée par un bon réseau d'amis proches qu'il connaît depuis des années, car « sans amis, la vie est froide ». Ils parlent au moins par téléphone une fois par semaine. Sinon, il voit ses amis à l'occasion des invitations à tour de rôle toutes les 2 à 4 semaines à P.\_\_\_\_\_, F.F.\_\_\_\_\_, G.G.\_\_\_\_\_ et H.H.\_\_\_\_\_ où il se rend volontiers. Il décrit une bonne relation avec ses frères et sa soeur. Rencontrant régulièrement son frère habitant à P.\_\_\_\_\_, il garde un bon contact avec le reste de la famille par téléphone, notamment sa mère, avec laquelle il parle tous les 2 jours. M. D.\_\_\_\_\_ s'entend très bien avec sa belle-famille étant très proche de lui, notamment son beau-frère habitant à F.\_\_\_\_\_ qu'il rencontre régulièrement.

M. D.\_\_\_\_\_ entreprend des dernières vacances du 05.07. au 31.07.2012, avant de fêter le 1<sup>er</sup> août en Suisse. Comme lors de chaque vacance, il passe un séjour au Kosovo dans la maison de ses parents et regrette de ne pas avoir les moyens d'acheter sa propre maison au Kosovo. Depuis 7 ou 8 ans, il se rend au Kosovo en voiture avec sa femme, ses enfants ainsi qu'un beau-frère habitant à K.\_\_\_\_\_. Conduisant pendant environ 1h1/2, M. D.\_\_\_\_\_ laisse la conduite de la plupart de ce trajet de 1800 km à son beau-frère. Quant aux vacances de l'été 2012, il constate avoir bien profité de ce séjour notamment de revoir sa famille car, « ça allège toutes les choses, quand vous les voyez, vous ne pouvez pas être de mauvaise humeur ». Lorsqu'il se trouve au Kosovo, il entreprend volontiers des excursions avec son épouse en Macédoine, au Monténégro, ainsi que pour passer quelques temps à la plage. Dans ce contexte, il regrette de ne pas avoir pu passer des vacances d'été au Kosovo en 2013 à cause des problèmes de santé de son fils souffrant d'une pancréatite ainsi que à cause de sa situation financière.

#### Vie quotidienne :

M. D. \_\_\_\_\_ se lève à 6h30, va aux toilettes, se lave et prend une douche avant de s'habiller. Puis, il prépare le café et le petit déjeuner en mettant la table avant de déjeuner avec sa famille. Après le repas, chacun range ses affaires et M. D. \_\_\_\_\_ allume la TV pour passer quelque temps avec son épouse au salon. Comme chacun s'installe sur son canapé, il dort parfois encore 20 mn avant de sortir vers 11h. Il prend la voiture pour se rendre seul à la coopérative K.K. \_\_\_\_\_ afin d'acheter du pain et faire quelques courses légères. Vers 11h30, il rentre et commence à préparer le repas de midi. A 12h10, il met la table car son fils rentre à 12h15 pour manger avec ses parents.

Après le repas, M. D. \_\_\_\_\_ débarrasse la table car ses filles ne sont pas à la maison et son fils est toujours trop pressé. Cependant, il laisse les casseroles à une femme de ménage se rendant à leur domicile, 5 jours par semaine pour travailler au total 80 h par mois. A 13h30, M. D. \_\_\_\_\_ prend un café avec son épouse avant de s'installer au salon pour regarder la TV. Parfois, il fait encore une sieste d'environ 30 mn. Vers 14h, il sort avec son épouse après avoir motivé cette dernière n'ayant souvent pas envie de sortir. C'est ainsi que le couple fait une promenade d'une heure à I.I. \_\_\_\_\_ ou dans un centre commercial à J.J. \_\_\_\_\_ avant de s'installer au café de la coopérative K.K. \_\_\_\_\_ pour passer quelques temps en discutant. Les deux rentrent vers 17h et allument la TV pour passer quelques temps en discutant des émissions car « elle a toujours quelque chose à dire ». Vers 19h, M. D. \_\_\_\_\_ commence à préparer le repas du soir, étant le repas principal qu'il prend en famille vers 19h30. Après le repas, les filles débarrassent la table et M. D. \_\_\_\_\_ s'installe devant la TV pour regarder le téléjournal. Il passe le reste de la soirée en regardant la TV avant de se coucher vers 22h30. Il s'endort après 20 à 30 mn suivi parfois par 1 ou 2 réveils à cause des douleurs.

Une femme de ménage se rend au domicile de l'expertisé 5 fois par semaine afin de s'occuper des tâches ménagères lourdes comme le rangement et le nettoyage de l'appartement. Elle passe l'aspirateur et fait la lessive et le repassage. M. D. \_\_\_\_\_ fait régulièrement et volontiers la cuisine et s'occupe des finances de la famille. Chaque jour, il fait seul des courses légères dans des supermarchés comme la coopérative K.K. \_\_\_\_\_. Il s'occupe des grandes courses, le vendredi ou le samedi en compagnie de son fils ou d'une de ses filles.

(...)

#### Status psychique :

M. D. \_\_\_\_\_ se présente ponctuellement à son rendez-vous au cabinet où il s'est rendu seul en voiture. Il s'agit d'un homme correctement habillé d'une manière élégante en costume noir, soigné de sa personne, bien rasé, paraissant son âge, collaborant et orienté aux quatre modes. Il entre en contact avec un sourire et se déplace prudemment avec l'aide d'une canne utilisée sur le côté droit à la salle d'examen où il s'installe confortablement. Le contact s'établit facilement avec un expertisé qui se présente ouvert et authentique en donnant volontiers des informations quant à sa situation. Après 90 mn d'entretien, M. D. \_\_\_\_\_ demande une

pause afin de renouveler son billet de stationnement. Sinon, il reste assis pendant l'examen tout en changeant de position à plusieurs reprises avec une expression algique plutôt discrète qui n'a pas d'aspect démonstratif. Après la fin de l'examen, M. D. \_\_\_\_\_ prend congé de l'examineur avec un sourire et se dépêche de se rendre au laboratoire à proximité du cabinet pour une prise de sang. Je n'ai pas objectivé de foetor éthylique ni de tremblements.

M. D. \_\_\_\_\_ reconstruit bien son anamnèse et donne des informations détaillées avec des dates exactes. Je n'ai pas objectivé de troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention, ni de ralentissement psychomoteur chez un expertisé qui accompagne ses explications parfois de gesticulations vives. Vers la fin d'un examen d'une durée de 120 mn, il maîtrise bien des tests de la mémoire immédiate et différée ainsi que de l'attention et de la concentration. Pendant tout l'examen, je n'ai pas objectivé de signe de fatigue ou de manque d'énergie.

L'humeur est euthymique à la base, avec des baisses d'humeur face à l'évocation du litige l'opposant à la SUVA, ainsi que la maladie de son épouse et ses douleurs. Ces abaissements restent transitoires et l'humeur s'allège rapidement dès que des thèmes neutres ou positifs sont abordés comme le bon contact avec ses amis, les réussites de ses enfants et son plaisir à se consacrer à son hobby, la cuisine. Se présentant souriant à plusieurs reprises, il nie clairement toute idée noire ou suicidaire dans le passé ou le présent. Il ne présente pas de signe floride de la lignée dépressive en faveur d'une dépression majeure.

Sur le plan anxieux, M. D. \_\_\_\_\_ ne présente pas d'angoisse persistante ou d'attente craintive en faveur d'une anxiété généralisée, ni d'attaque de panique en faveur d'un trouble panique, ni de phobie en faveur d'un trouble phobique. Il ne présente pas d'agoraphobie, de phobie sociale, ni de claustrophobie.

M. D. \_\_\_\_\_ s'exprime suffisamment bien en français avec un accent. Son discours est simple, structuré, fluide et toujours cohérent. Il partage bien le focus d'attention pendant tout l'examen. Je n'ai pas objectivé de symptôme de la lignée psychotique, notamment délire, hallucinations ou troubles formels ou logiques de la pensée en faveur d'une décompensation psychotique.

L'intelligence de M. D. \_\_\_\_\_ lui permet de bien comprendre les enjeux de l'examen. Ses plaintes spontanées et essentielles concernent des douleurs survenues lors d'un accident en 2004 et aggravées depuis. Selon M. D. \_\_\_\_\_, ses douleurs se trouvent à l'origine d'importantes limitations fonctionnelles dans sa vie quotidienne en déclenchant par période un sentiment de détresse. En l'absence d'un processus physiologique expliquant entièrement ses symptômes, le tableau clinique de M. D. \_\_\_\_\_ correspond à un syndrome douloureux somatoforme persistant. Je n'ai pas objectivé de troubles de la personnalité morbide.

(...)

Synthèse et Discussion

(...)

Malgré sa situation marquée par la persistance voire l'aggravation d'importantes douleurs ainsi qu'un avenir professionnel incertain, M. D.\_\_\_\_\_ ne suit pas de traitement psychiatrique ou psychothérapeutique. Il n'a jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique.

(...)

Situation actuelle :

Mon examen clinique psychiatrique n'a pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique, ni de trouble phobique. En l'absence d'une perturbation sévère de l'environnement psychosocial qui est inchangé depuis des années et marqué par des relations proches et stables autant sur le plan familial qu'amical, je n'ai pas non plus objectivé de trouble de la personnalité morbide.

Face à ses douleurs, M. D.\_\_\_\_\_ décrit une humeur parfois fluctuante avec des abaissements périodiques sans tristesse manifeste. En parallèle, il exprime de manière authentique son intérêt par exemple pour certaines émissions de TV et la politique. Il décrit son plaisir à passer du temps avec son hobby, la cuisine, ainsi que des rencontres avec ses amis ou sa famille et belle-famille. Sans sentiment manifeste de fatigue, il participe activement à un examen d'une durée de 2 heures avant de maîtriser sans difficulté des tests de la concentration et de l'attention. Cette observation correspond à sa capacité de faire face aux exigences de la vie quotidienne, en s'occupant par exemple des finances et de la correspondance de sa famille, de conduire sa voiture et de poursuivre des activités sociales. Sans diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, il donne une description positive de sa personnalité. Se sentant surtout victime de la non reconnaissance de ses douleurs par la SUVA, il nie toute idée de culpabilité ou de dévalorisation et décrit un avenir plutôt positif, sans attitude morose ou pessimiste. En l'absence d'idée auto-agressive ainsi qu'en l'absence de diminution de l'appétit chez un expertisé souffrant d'une surcharge pondérale, le tableau clinique de M. D.\_\_\_\_\_ ne correspond pas au diagnostic d'un épisode dépressif.

Les plaintes spontanées et principales de M. D.\_\_\_\_\_ concernent des douleurs survenues après un accident en novembre 2004. Restant d'abord supportables, ses douleurs ne l'empêchent pas de poursuivre son travail à plein temps pendant plus d'une année avant de souffrir d'une aggravation en automne 2006. Depuis, M. D.\_\_\_\_\_ décrit une aggravation ultérieure de ses douleurs à l'origine d'importantes limitations fonctionnelles dans sa vie quotidienne avec par exemple l'incapacité de marcher sans aide d'une canne depuis mai 2011. Anamnestiquement cette aggravation des douleurs survient dans un contexte de stress psychosocial d'un expertisé confronté à la maladie de son épouse souffrant d'une sclérose en plaques entraînant une dégradation importante de l'état de santé de cette dernière à partir de juin 2005. Confronté au handicap de son épouse, dépendante désormais de son soutien, M. D.\_\_\_\_\_ décrit une aggravation de ses symptômes douloureux qui coïncide avec cette déstabilisation de son cadre social. Malgré

diverses démarches thérapeutiques et la consultation de nombreux spécialistes du domaine somatique, ses symptômes douloureux ne peuvent finalement pas être expliqués entièrement par un processus physiologique comme constaté dernièrement par le Dr C.C. \_\_\_\_\_. En conséquence, l'anamnèse de M. D. \_\_\_\_\_ et son tableau clinique remplissent d'une manière typique les critères diagnostiques d'un syndrome douloureux somatoforme persistant selon la CIM10.

Malgré la dégradation subjective de son état, dont témoigne pour M. D. \_\_\_\_\_ par exemple l'utilisation régulière d'une canne pour marcher, il montre également des signes d'une amélioration au plan psychique par rapport à l'examen de janvier 2010. A l'examen actuel, il se présente ainsi nettement moins plaintif, sans comportement démonstratif, avec une humeur euthymique qui ne s'accompagne plus de traits anxieux même discrets face à la confrontation avec son bilan existentiel et ses douleurs. Contrairement à sa plainte concernant une aggravation des douleurs, il a même été capable d'arrêter les opiacées sous forme de Tramadol®, encore prises régulièrement en 2010, et de limiter les antidouleurs à 2 grammes de Dafalgan® par jour, selon ses dires. En présence d'une expression algique plutôt discrète à l'examen, le dosage de cet antidouleur montre un résultat largement au dessous du seuil thérapeutique laissant planer des doutes quant à la sévérité réelle de ses douleurs. En parallèle, la description de sa vie quotidienne et de ses activités sociales, ne montre pas de perte des capacités par rapport à janvier 2010 chez un expertisé qui se déplace toujours sans difficulté en voiture, par exemple pour rencontrer ses amis. Il reste également capable de profiter de ses vacances au Kosovo qu'il entreprend régulièrement si sa situation financière le permet. Malgré ces incohérences, je n'ai pas retenu une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, en l'absence d'une attitude manifestement histrionique lors de l'examen.

Sans comorbidité psychiatrique manifeste de son syndrome douloureux somatoforme persistant, M. D. \_\_\_\_\_ ne montre pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Il n'y a pas non plus d'échec de traitement conforme aux règles de l'art en l'absence d'un suivi psychiatrique ou psychothérapeutique. Malgré une affection corporelle chronique s'étendant sur plusieurs années, il est également difficile de constater un état psychique cristallisé chez un expertisé qui réduit son traitement antidouleur avant de l'interrompre au jour de l'examen comme en témoigne le résultat du dosage médicamenteux. Cependant, M. D. \_\_\_\_\_ semble s'être arrangé avec sa situation actuelle lui permettant de poursuivre ses activités sociales et ménagères à son rythme, sans obligation de poursuivre une activité professionnelle. En conclusion, le syndrome douloureux somatoforme persistant de M. D. \_\_\_\_\_ n'atteint pas le niveau de sévérité pour justifier une incapacité de travail selon les critères médico-théoriques actuellement en vigueur. Par conséquent, l'effort à surmonter les douleurs dues à son syndrome douloureux somatoforme persistant afin de reprendre une activité professionnelle reste raisonnablement exigible au plan psychique.

(...)

L'examen psychiatrique ne montre pas d'invalidité extrême chez un expertisé qui continue à mener une vie sociale active et de faire face aux exigences de la vie quotidienne, sans signe d'une décompensation au plan psychique, tout en prenant un antidouleur dont le dosage montre un résultat au-dessous du seuil thérapeutique à l'examen. Le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant est tout à fait compatible avec des vraies douleurs et des déficits fonctionnels qui, par définition, restent sans véritable substrat somatique. Sur la base des critères médico-théoriques actuellement en vigueur, ce syndrome douloureux somatoforme persistant de M. D. \_\_\_\_\_ n'atteint pas le niveau de sévérité pour justifier une incapacité de travail et l'effort à surmonter les déficits fonctionnels dus au syndrome douloureux somatoforme persistant afin de reprendre une activité professionnelle, reste raisonnablement exigible. »

L'expert C.C. \_\_\_\_\_ a finalement retenu les diagnostics de discopathie L5-S1 douloureuse, de lésion du bourrelet (labrum) de la hanche droite et de syndrome douloureux somatoforme persistant.

Il a considéré, ensuite de ses examens, que le recourant était en incapacité de travail à 100 % et qu'il devait bénéficier d'un traitement psychiatrique et d'un reconditionnement physique intensif pendant plusieurs mois pour réintégrer une marche normale sans canne et retrouver une mobilité physiologique de la hanche droite avec une récupération de l'atrophie et des contractures musculaires de la ceinture pelvienne et du membre inférieur droit. Ce n'était qu'après une telle prise en charge que la capacité de travail du recourant pouvait être réévaluée. Il a encore précisé que la réaction de l'assuré à de telles mesures thérapeutiques était difficilement prévisible. En étant motivé, il lui était possible de reprendre un travail adapté, dans un premier temps à 50 %, puis en augmentant progressivement ce taux de capacité de travail. Il persistait encore des incertitudes en ce sens qu'après une si longue période de déficit de mobilité de la hanche droite, de boiterie, de marche à l'aide de cannes, il ne serait pas forcément évident, sur le plan somatique, de redonner une fonction physiologique de la hanche et du membre inférieur droit, sans compter les difficultés à réintégrer le marché du travail après une longue absence. Au vu de ces difficultés, un traitement combiné psychiatrique et de reconditionnement physique intensif devrait pouvoir se faire de façon stationnaire, au moins les premières semaines.

**L.** Par avis du 19 février 2015, les parties ont été invitées à se déterminer sur les rapports d'expertise des Drs C.C.\_\_\_\_\_ et A.A.\_\_\_\_\_.

Par écriture du 23 mars 2015, l'OAI a maintenu sa conclusion en rejet du recours, se fondant sur un avis du SMR du 17 mars 2015. Cet avis, signé du Dr L.L.\_\_\_\_\_, relevait une pleine conformité de ces deux expertises avec le tableau clinique dressé en 2010 et si, s'agissant du trouble dégénératif, la symptomatologie de la discopathie L5-S1 avait pu s'aggraver au jour de la nouvelle expertise, le tableau somatique décrit par l'expert en 2013 ne remettait pas en question l'analyse fondant une capacité de travail entière dans une activité adaptée en 2010.

Le 23 mars 2015 également, le recourant s'est également déterminé sur les expertises pour soutenir que ses douleurs ne pouvaient avoir pour origine qu'un syndrome douloureux régional complexe et a produit à l'appui de cet allégué un avis du Dr I.\_\_\_\_\_ du 21 novembre 2013, lequel relevait que l'expert C.C.\_\_\_\_\_ n'avait pas discuté le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe sur la base des critères de Budapest, ni n'avait effectué une nouvelle évaluation radiologique de la discopathie L5-S1, ni analysé l'évolution de cette pathologie. Il mentionnait encore l'absence de mesure de l'asymétrie de la température cutanée au niveau du pli inguinal droit lors de l'examen neurologique. Le recourant a également versé au dossier le manuel de référence de la Suva sur les SDRC. Il a encore requis que le rapport du Dr C.C.\_\_\_\_\_ soit soumis pour avis au Dr T.\_\_\_\_\_. Enfin, il a produit un rapport non daté du service d'orthopédie et traumatologie de l'Hôpital M.\_\_\_\_\_, attestant d'une hospitalisation du 17 au 28 novembre 2013 ensuite d'un traumatisme du membre supérieur gauche, l'anamnèse à l'entrée faisant état d'une chute avec réception sur le bras gauche ensuite d'un lâchage de la jambe droite. Cette lésion avait motivé le dépôt d'une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI et le recourant sollicitait production de son dossier actualisé. Il sollicitait également un complément d'instruction sur ces éléments nouveaux.

Par écriture du 28 avril 2015, le recourant a déposé des observations sur le rapport du SMR du 17 mars 2015, exposant notamment que contrairement à l'avis de ce service, il convenait de tenir compte de l'évolution postérieure à la décision litigieuse, l'aggravation de son état de santé mettant en évidence une incapacité de travail encore plus nette, au demeurant confirmée par l'expert C.C.\_\_\_\_\_. Il a précisé ses conclusions en ce sens que du 31 janvier 2007 au 17 novembre 2013, il avait droit à une rente entière, subsidiairement à trois quarts de rente, et depuis lors à une rente entière.

Se déterminant le 30 avril 2015, l'OAI a rappelé la jurisprudence se rapportant à l'appréciation par le juge des assurances sociales de la légalité des décisions attaquées sur la base de l'état de fait existant au moment de la décision litigieuse et a produit un nouvel avis du SMR du 31 mars 2015 du Dr L.L.\_\_\_\_\_, auquel il se ralliait. Le Dr L.L.\_\_\_\_\_ relevait que des experts ayant examiné l'assuré, seul le Dr T.\_\_\_\_\_ posait le diagnostic de SDRC. Des différences d'appréciation n'étaient pas étonnantes dans la mesure où ce diagnostic est purement clinique et d'exclusion, de surcroît difficile à poser dans la mesure où il n'existe pas d'éléments discriminatifs radiologique ou biologique. Par ailleurs le trouble douloureux somatoforme consistant en un diagnostic différentiel, il ne pouvait être retenu en parallèle. Le Dr L.L.\_\_\_\_\_ précisait encore ceci :

« ... selon le manuel de référence de la SUVA sur les SDRC (Aspects cliniques du SDRC par Olivier Rommel et Christian Mayhofner) il est bien noté qu'un SDRC de la hanche s'accompagne d'une limitation sévère de l'amplitude de la hanche concernée. Or au moment de l'examen au SMR nous notons qu'il n'existait pas de limitation analytique et fonctionnelle de la hanche D, fait corroboré au-delà de la clinique par une IRM de hanche du 21 mars 2007 ne montrant pas d'anomalies.

Enfin nous souhaitons rappeler que l'élément déterminant pour l'AI dans son analyse est l'appréciation par un expert ou un médecin traitant de la CT et des limitations fonctionnelles. La discussion autour d'un diagnostic, aussi intéressante soit elle sur le plan médical et thérapeutique, n'est pas pertinente pour l'AI. Il faudrait en effet que le diagnostic retenu puisse remettre en cause l'évaluation clinique de la CT, comme celle qui a été faite par la

Dresse U. \_\_\_\_\_ lors de l'examen clinique au SMR en 2008. Or ce n'est pas le cas car admettre le diagnostic de SDRC ne remet nullement en question la CT évaluée lors de l'examen de 2008. Le Dr T. \_\_\_\_\_ admet lui-même dans son appréciation de la CT la part importante du contexte social dans le processus d'invalidation chez cet assuré et reconnaît que la non reprise d'une activité professionnelle serait liée à des raisons essentiellement sociales, non médicales (page 22 de son expertise). La prise en considération de ces facteurs non médicaux dans l'appréciation d'une CT ne relève pas des compétences de l'AI. »

En date du 24 décembre 2015, le recourant a produit un rapport du Dr I. \_\_\_\_\_ du 17 décembre 2015 décrivant l'état actuel des atteintes aux membres supérieur et inférieur gauche avec le constat qu'elles rendaient son patient définitivement incapable d'exercer une activité lucrative.

Par courrier du 26 février 2016, le recourant a requis que l'instruction soit complétée, ensuite du revirement de la jurisprudence fédérale en matière de trouble somatoforme douloureux persistant et d'atteintes analogues.

L'OAI a pris position le 11 avril 2016 et produit un avis du SMR du 31 mars 2016 dans lequel le Dr L.L. \_\_\_\_\_, se référant notamment à l'expertise du Dr A.A. \_\_\_\_\_, relevait ceci :

« Quant à l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr A.A. \_\_\_\_\_ elle ne retient aucun diagnostic incapacitant et aucune limitation psychiatrique. Seul un trouble douloureux somatoforme persistant est confirmé qui ne remplit pas les critères de la jurisprudence pour être considéré comme incapacitant selon l'expert. Selon le Dr A.A. \_\_\_\_\_ l'anamnèse et le tableau clinique présenté par l'assuré remplissent de manière typique les critères de la CIM 10 pour retenir un syndrome douloureux somatoforme persistant.

En l'absence d'élément médical objectif nous permettant de récuser ce diagnostic en 2010 nous le retenons tout en précisant qu'il n'a été porté qu'en 2010. Jusqu'à cette date, et en particulier à la date de notre décision, ce diagnostic n'était pas retenu du fait notamment de la présence d'atteintes somatiques objectivables pouvant expliquer totalement ou en partie les symptômes évoqués. Concernant le caractère incapacitant ou non de ce syndrome, nous constatons, au sein des différents rapports médicaux et expertises, que l'assuré a maintenu une vie sociale considérée comme riche. Il fait la cuisine avec plaisir, il fait les courses à pied ou au supermarché en voiture. Il se rend en ville pour acheter des vêtements. Il marche dans son quartier où il croise régulièrement

des connaissances. Il rencontre des anciens collègues au café où il se rend régulièrement et partage des invitations avec des amis. Il voit régulièrement les membres de sa famille élargie. L'assuré est autonome et conduit sa voiture. Sur la base de ces éléments nous considérons que l'assuré dispose de ressources suffisantes pour surmonter ses douleurs quand c'est nécessaire. Par ailleurs nous constatons qu'il a conservé une vie sociale amicale et familiale, et qu'il n'existe donc pas d'exclusion sociale (examen SMR du 18.12.2008 et expertise Dr T. \_\_\_\_\_ du 14.02.2010). Sur la base de ces éléments objectifs et ne disposant pas d'autre appréciation faite à la lumière de la nouvelle jurisprudence du 3 juin 2015 du TF nous ne retenons pas de caractère incapacitant à ce syndrome douloureux persistant selon les nouveaux critères. Ce qui confirme l'appréciation du Dr A.A. \_\_\_\_\_ faite avec les anciens critères de la jurisprudence. Ce diagnostic non incapacitant ne modifie donc pas nos conclusions de 2009. »

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours formé le 12 mars 2010 contre la décision de l'OAI du 9 février 2010 a été interjeté en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1).

En l'occurrence, le litige porte sur le droit à des prestations de l'AI, plus exactement à une rente, D.\_\_\_\_\_ n'ayant pas, dans les conclusions de son recours, répété ses prétentions à l'octroi de mesures de reclassement.

**b)** Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b, avec les références citées). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4). Pour des motifs d'économie de

procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 ; 122 V 34 consid. 2a et les références). Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrecht, 2<sup>e</sup> éd., 1983, p. 43) et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in Mélanges Pierre Moor, 2005, n° 27 p. 446). Ces principes, développés en premier lieu en lien avec un élargissement matériel du procès, sont en principe également valables lorsque la contestation a pour objet un état de fait qui produit des effets au-delà de la période délimitée par la décision litigieuse (élargissement temporel; ATF 130 V 138 consid. 2.1).

**c)** En l'occurrence, les conditions d'une extension de l'objet de la contestation ne sont pas réalisées. Plus particulièrement, les expertises au dossier ne sauraient se substituer à une instruction médicale exhaustive de la période ultérieure au 9 février 2010 d'autant qu'elles sont axées sur la problématique du lien de causalité entre un accident et une atteinte annoncée à titre de rechute, et non sur la capacité de travail et les éventuelles limitations fonctionnelles. Par ailleurs, l'OAI s'est implicitement opposé à une telle extension dans son écriture du 30 avril 2015.

Cela étant, il ne saurait être donné suite à la conclusion du recourant tendant à ce que la Cour de céans examine également les faits

postérieurs au 9 février 2010 et statue sur son droit à une rente jusqu'au 17 novembre 2013. Néanmoins, les documents postérieurs au prononcé de la décision entreprise pourront être pris en considération en tant qu'ils se rapportent à l'état de fait déterminant pour trancher le litige.

**d)** 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 postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2).

Par conséquent, le droit à une rente AI doit être examiné au regard de l'ancien droit, soit des modifications de la LAI consécutives à la quatrième révision de cette loi, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (ATF 130 V 448 ; voir également ATF 130 V 329) et à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008, selon les normes de la cinquième révision de la LAI.

En tout état de cause, les principes développés par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité que ce soit sous l'empire de la quatrième révision de la LAI (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 7/05 du 17 mai 2005 consid. 2 et I 249/04 du 6 septembre 2004 consid. 4) ou de la cinquième révision de cette loi (TF [Tribunal fédéral] 8C\_373/2008 du 28 août 2008 consid. 2.1).

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré

à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 LPGGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). La première condition (let. a) n'existait pas dans la version antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2008.

La rente d'invalidité est échelonnée selon le taux d'invalidité : 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. 2 LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative, il faut comparer le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité), avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu de la personne invalide) (art. 16 LPGGA et art. 28a al. 1 LAI).

**b)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en

charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. art. 7 al. 2, deuxième phrase, LPGA ; cf. ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 ; 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165 ; cf. Pratique VSI 5/2001 p. 223 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

**c)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. également TF 9C\_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; cf. aussi, entre autres, TF 9C\_323/2015 du 25 janvier 2016 consid. 5.1).

Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) ne sont pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne sont pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4). Ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254 et les références).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge prendra en considération le fait que ces derniers peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la

relation de confiance qui les unissent à celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

**4.** Dans un premier temps, le recourant s'est prévalu d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, se fondant en cela sur les rapports des Drs C. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_ ainsi que sur l'expertise du Dr T. \_\_\_\_\_. En cours de procédure, il a soutenu que son incapacité de travail était totale, s'appuyant sur les nouveaux constats des Drs I. \_\_\_\_\_ et C.C. \_\_\_\_\_. Par ailleurs, le recourant considère le syndrome douloureux régional complexe comme la cause de ses douleurs, reléguant ainsi le trouble somatoforme douloureux au second plan.

Il sera observé préliminairement, s'agissant de la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle, que l'office intimé l'estime nulle depuis le 31 janvier 2007, s'écartant en cela de l'appréciation des auteures de l'examen clinique SMR du 18 décembre 2008, lesquelles retenaient une exigibilité de 100 %, avec une éventuelle diminution de rendement de 10 % dans le poste tel que nouvellement aménagé par l'employeur. Les motifs ayant conduit l'OAI à retenir une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle ne sont pas détaillés, ce qui demeure en l'occurrence sans incidence dans la mesure où la position de l'intimé sur ce point n'est pas litigieuse. Tout au plus, l'absence de motivation à l'appui de cette appréciation divergente de l'OAI empêche-t-elle l'examen de la valeur probante de l'examen clinique précité s'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle, faute d'éléments de comparaison.

Il est indubitable que le recourant est atteint dans sa santé physique et les avis médicaux convergent s'agissant de l'existence d'une discopathie lombaire L5-S1, qu'elle soit nommée spondylo-discarthrose (rapport IRM du Dr R. \_\_\_\_\_ du 15 mai 2007), pygio-cruralgies ou lombopygialgies droites d'origine indéterminée (rapports des Dr X. \_\_\_\_\_ du 18 septembre 2007 et du Dr C. \_\_\_\_\_ du 15 janvier 2008), troubles statiques et altérations dégénératives lombaires particulièrement prononcées (rapport d'examen radiologique du Dr N. \_\_\_\_\_ du 29 juillet

2008), syndrome lombaire avec irradiations pseudo-radiculaires droites dans le contexte d'un trouble statique et d'une discopathie L5-S1 avancée (examen clinique SMR des Dresses U.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ du 18 décembre 2008), discopathie sévère L5-S1 post-traumatique génératrice d'un syndrome douloureux persistant (expertise du Dr I.\_\_\_\_\_ du 23 octobre 2009), discopathie dégénérative L5-S1 (expertise du Dr T.\_\_\_\_\_ du 14 février 2010), discopathie L5-S1 douloureuse (expertise du Dr C.C.\_\_\_\_\_ du 24 juin 2013). Il existe également une convergence quant au caractère incapacitant de cette discopathie lombaire. La Dresse U.\_\_\_\_\_, le Dr T.\_\_\_\_\_ et le Dr C.C.\_\_\_\_\_ ont également posé le diagnostic de séquelles de la maladie de Scheuermann, seule la Dresse U.\_\_\_\_\_ se prononçant expressément et par l'affirmative sur sa nature incapacitante. Il est également fait mention à répétitions de reprises d'insuffisance musculaire, de dysbalances ou encore de déconditionnement physique locorégional et global, que ce soit par les Drs X.\_\_\_\_\_, C.\_\_\_\_\_, T.\_\_\_\_\_, C.C.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_. Là aussi, seule la Dresse U.\_\_\_\_\_ se prononce expressément et par l'affirmative sur leur caractère incapacitant.

Le diagnostic d'algodystrophie ou syndrome douloureux régional complexe de la hanche droite posé par l'expert T.\_\_\_\_\_ est contesté par l'expert C.C.\_\_\_\_\_. Avec pertinence, celui-ci observe qu'il s'agit d'un diagnostic différentiel, de surcroît posé sur la base de l'anamnèse. En l'occurrence, l'expert T.\_\_\_\_\_ est le seul médecin à poser ce diagnostic et plus particulièrement, aucun de ses confrères ayant examiné le recourant pendant la période s'étendant de l'accident du 30 novembre 2004 à la date de son expertise ne l'a évoqué. Par ailleurs, ce diagnostic est également écarté, motivation à l'appui, par le Pr. E.E.\_\_\_\_\_, lequel n'a observé chez le recourant qu'un seul signe neurologique potentiellement compatible avec une telle atteinte, en l'occurrence une discrète diminution de la température cutanée, et explique pour quelles raisons il impute ce signe à la différence d'utilisation musculaire entre les membres inférieurs. Quoi qu'il en soit, le différend opposant les experts sur ce diagnostic peut demeurer irrésolu. En effet, indépendamment du diagnostic, ce qui importe pour juger du droit aux

prestations d'un assuré, c'est la répercussion de l'atteinte à la santé diagnostiquée sur la capacité de travail (art. 4 al. 1 LAI, art. 16 LPGA). Seule la réponse à cette question intéresse finalement le juriste dans une procédure portant sur l'incapacité de travail ou l'invalidité (ATF 132 V 65 consid. 3.4).

En relation avec les diagnostics de syndrome lombaire avec irradiations pseudo-radiculaires droites dans le contexte d'un trouble statique et d'une discopathie L5-S1 avancée, d'ancienne maladie de Scheuermann et de dysbalances musculaires, qualifiés d'incapacitants par la Dresse U.\_\_\_\_\_, celle-ci a retenu à titre de limitations fonctionnelles, sur le plan ostéoarticulaire, l'évitement d'une position statique prolongée assise, debout, en rotation-flexion du tronc ou encore en porte-à-faux, de travail à la chaîne et sur des machines vibrantes, en position accroupie ou avec relèvement à répétition, de même qu'une limitation du port de charges à 10 kg, de manière occasionnelle. La capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles était de 100 % dès février 2007. Seuls les Drs C.\_\_\_\_\_, I.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ se sont prononcés sur la capacité de travail du recourant pendant la période antérieure à la décision litigieuse. Le Dr C.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 15 janvier 2008, estimait plausible un taux d'activité à 50 % dans une activité plus légère, variant les positions, sans charges, ni mouvements en porte-à-faux. Outre qu'il émane du médecin-traitant, en principe enclin à plus d'empathie, ce rapport ne contient ni anamnèse, ni discussion. Par ailleurs, l'examen clinique n'est pas exhaustif et l'évaluation de la capacité de travail n'est pas étayée. S'agissant des limitations fonctionnelles, elles sont similaires à celles retenues par la Dresse U.\_\_\_\_\_, sous réserve de celle concernant le port de charges que le Dr C.\_\_\_\_\_ exclut, exclusion entrant en l'occurrence en contradiction avec l'anamnèse. En effet, il apparaît que le recourant cuisine régulièrement midi et soir, activité qui suppose la manipulation de différents ustensiles pouvant présenter un certain poids. Quant au Dr I.\_\_\_\_\_, il évoque une incapacité de travail totale, allant jusqu'à soutenir que la seule activité adaptée possible devrait être exécutée en position couchée. Cette affirmation confine à l'exagération, sachant que dans ses

activités quotidiennes, le recourant marche relativement régulièrement, conduit sa voiture, fait les courses, la cuisine, etc.... Pour sa part, l'expert T.\_\_\_\_\_ a retenu une exigibilité professionnelle de 50 %, sur le plan purement théorique, dans une activité limitant les déplacements et offrant une alternance de positions. Les limitations fonctionnelles recommandées par cet expert rejoignent ainsi celles de la Dresse U.\_\_\_\_\_. De fait, l'évaluation de ces deux praticiens diverge quant à la capacité de travail résiduelle. A priori, il ne pourrait être exclu que dans l'intervalle d'une année séparant les examens cliniques pratiqués par la Dresse U.\_\_\_\_\_ et le Dr T.\_\_\_\_\_, l'état de santé du recourant se soit effectivement dégradé. Néanmoins, au vu de l'observation de l'expert T.\_\_\_\_\_ quant à l'improbabilité d'une reprise d'une activité professionnelle pour des raisons essentiellement sociales et non médicales, l'hypothèse d'une incapacité de travail de 50 % inhérente à des facteurs sociaux est vraisemblable. Cela étant, dans la mesure où le droit des assurances sociales - en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité - s'en tient à une conception essentiellement biomédicale de la maladie dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (ATF 127 V 294 consid. 5a; TF 9C\_603/2009 du 1<sup>er</sup> février 2010, in SVR 2010 IV no 58 p. 177), une telle incapacité de travail ne relève pas de l'assurance-invalidité.

Enfin, lorsqu'il estime totale l'incapacité de travail du recourant, d'une part le Dr C.C.\_\_\_\_\_ se prononce sur l'état de santé existant en 2013, et non rétroactivement, d'autre part, il envisage la faculté pour le recourant de recouvrer une capacité de travail moyennant un traitement psychiatrique et un reconditionnement physique de plusieurs mois, sous réserve de la motivation de l'intéressé, ce qui tend à confirmer l'hypothèse d'une incapacité de travail relevant de facteurs psycho-sociaux dont la prise en charge ne ressort pas de l'assurance-invalidité.

En résumé, sur le plan somatique, le rapport d'examen clinique SMR du 18 décembre 2008 s'avère suffisamment exhaustif et convaincant pour se voir conférer la même valeur probante qu'une expertise médicale. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et

tient compte des plaintes du recourant. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation sont claires et les conclusions dûment motivées.

Par surabondance de droit, il sera relevé que même si une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée devait être retenue, elle ne pourrait l'être que depuis la date de l'examen clinique par le Dr T.\_\_\_\_\_, soit dès le 11 décembre 2009, avec pour conséquence qu'à la date de la décision attaquée, soit le 9 février 2010, la durée de l'aggravation aurait été inférieure au délai de trois mois préalable à l'augmentation, cas échéant, du droit aux prestations (art. 88a al. 2 RAI).

**5.** L'expert A.A.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, datant de 2006 la survenance de cette atteinte psychique, et a estimé qu'elle n'entraînait pas d'incapacité.

La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C\_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, in SVR 2007 IV no 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4).

Dans un arrêt récent publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de

l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

**a)** La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération.

**b)** Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en

considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent

est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdant pas d'emblée toute valeur probante, il y a lieu d'examiner si les expertises recueillies permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (consid. 8 de l'arrêt cité et jurisprudence citée).

L'expert A.A. \_\_\_\_\_ ayant conclu, sur la base des anciens critères, que le trouble somatoforme douloureux affectant le recourant ne présentait aucun caractère incapacitant, il convient d'examiner si l'application de la nouvelle jurisprudence conduit à une appréciation différente.

Dans la mesure où d'une part, la Dresse Q. \_\_\_\_\_ a retenu au terme de son examen du 4 décembre 2008 le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, d'autre part, le Dr T. \_\_\_\_\_ a évoqué, sur la base du test fonctionnel PACT, une auto-limitation manifeste dans toute activité, une exagération des symptômes ne serait a priori pas exclue. La question peut néanmoins demeurer ouverte en l'espèce.

En effet, il ressort de l'examen clinique SMR du 18 décembre 2008 comme du rapport d'expertise du Dr T. \_\_\_\_\_ du 14 février 2010, plus particulièrement de l'anamnèse, que le recourant a conservé une vie familiale et sociale tout aussi riche qu'active, faisant régulièrement les courses, cuisinant volontiers, se promenant avec son épouse ou en famille, conduisant normalement sa voiture, échangeant régulièrement des invitations avec les membres de sa famille élargie ou avec des amis, effectuant des voyages ou se maintenant informé par le biais de la télévision. Il n'existe pas de signe d'exclusion sociale. L'anamnèse figurant dans les rapports d'expertise des Drs C.C. \_\_\_\_\_ et A.A. \_\_\_\_\_ de 2013 confirme en tout point que les activités familiales et sociales du recourant sont demeurées intactes.

Au terme de son examen, la Dresse Q. \_\_\_\_\_ n'a pas relevé d'élément évocateur d'une atteinte du registre psychotique, ni d'un trouble grave de la personnalité, ni d'une dépression. Elle a par ailleurs expliqué de façon convaincante que l'état anxieux dépressif réactionnel relevé par le médecin traitant ne présentait pas d'intensité sévère. Au demeurant, le recourant n'émettait aucune plainte psychiatrique si ce n'est la non-reconnaissance de sa souffrance psychique face aux douleurs, et ne suivait aucun traitement psychotrope. Quant au Dr A.A. \_\_\_\_\_, il observait lors de son examen du 20 janvier 2010 quelques traits anxieux, néanmoins discrets et ne permettant pas de retenir un trouble spécifique de ce registre. Ainsi, le syndrome douloureux somatoforme persistant n'est pas assorti d'une comorbidité psychiatrique qui influencerait sur les ressources adaptatives du recourant.

Le Dr T. \_\_\_\_\_ a certes relevé l'existence d'échecs thérapeutiques successifs. Cependant, si l'on se réfère au constat du Dr C.C. \_\_\_\_\_, soit la faculté pour le recourant de recouvrir une capacité de travail moyennant le suivi d'un traitement psychiatrique et d'un reconditionnement physique intensif sur plusieurs mois, constat dont on peut sans autre présumer qu'il était déjà pertinent à l'époque de la décision litigieuse, il apparaît qu'une réadaptation du recourant est tout à fait possible dans un laps de temps raisonnable. A cela s'ajoute que le recourant ne présente pas de trait ou de trouble de la personnalité l'empêchant de comprendre la nécessité et la finalité d'une telle prise en charge.

Par ailleurs, l'avis expertal du Dr A.A. \_\_\_\_\_ s'agissant du caractère non incapacitant du trouble somatoforme douloureux, au demeurant partagé par le SMR, remplit les conditions de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante ; il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et tient compte des plaintes du recourant, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation sont claires et les conclusions dûment motivées.

**6.** En résumé, force est de constater qu'il ne se trouve au dossier aucun élément permettant de douter des conclusions de l'examen clinique bi-disciplinaire du 18 décembre 2008 des Dresses U.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ et des expertises du Dr A.A.\_\_\_\_\_ s'agissant du trouble somatoforme douloureux existant depuis 2006.

Sur la base de l'avis de ces praticiens, il y a donc lieu de reconnaître à l'assuré une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à compter du mois de février 2007. Cette appréciation rejoignant celle de l'OAI, force est de constater que la décision litigieuse du 9 février 2010 est fondée.

**7.** Pour le surplus, le calcul du taux d'invalidité n'est pas contesté. Vérifié d'office, il peut être confirmé. Aussi, compte tenu d'un degré d'invalidité de 14 % c'est dès lors à juste titre que l'OAI a refusé l'octroi de toute rente, le seuil de 40% ouvrant le droit à cette prestation n'étant depuis lors pas atteint.

**8.** Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par le recourant, notamment de soumettre l'expertise du Dr C.C.\_\_\_\_\_ au Dr T.\_\_\_\_\_ comme de verser l'intégralité du dossier de la CNA. En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 122 II 464 consid. 4a ; cf. TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et 9C\_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

**9. a)** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure est onéreuse et la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 49 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 9 février 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Samuel Pahud, avocat (pour D. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :