

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 septembre 2011

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : Mme Brélaz Braillard et M. Zbinden, assesseur  
Greffier : M. Simon

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.** \_\_\_\_\_, à Payerne, recourant, représenté par Me Charles Munoz, avocat  
à Yverdon-les-Bains,

et

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

---

**Art. 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** N. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1975, travaillait en qualité de machiniste auprès de la société B. \_\_\_\_\_ SA à Corcelles. Le 7 octobre 2002, il a été victime d'un accident de la circulation à Payerne, à la suite duquel il a été blessé notamment à la jambe droite et au bras gauche. Il a été hospitalisé du 7 au 22 octobre 2002 au service de chirurgie de l'hôpital de Payerne, qui a diagnostiqué une fracture comminutive à deux fragments intermédiaires du fémur droit et une fracture du cubitus gauche médio-diaphysaire. Une incapacité de travail totale a été attestée et le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA).

L'assuré a été examiné par le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie à Payerne, qui dans un rapport du 22 janvier 2003 a retenu le diagnostic de syndrome post-commotionnel, la présence de céphalées et un status neurologique ainsi que radiologique normal. L'assuré a bénéficié notamment de séances de physiothérapie et a fait l'objet d'opérations, courant 2003, pour retard de consolidation du fémur droit, pseudarthrose du cubitus droit ainsi que pseudarthrose du fémur droit et du cubitus gauche.

Le 18 juin 2003, le Dr L. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste FMH au CHUV, a retenu une fracture complexe diaphysaire du fémur droit, s'est prononcé au sujet de l'évolution du cas et a retenu qu'aucune reprise du travail n'était prévue.

Le 15 juillet 2003, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi de mesures d'orientation professionnelle, de reclassement dans une nouvelle profession, de rééducation dans la même profession et d'une rente.

Sur le plan économique, dans un questionnaire pour l'employeur du 22 juillet 2003, B. \_\_\_\_\_ SA a retenu que l'assuré y avait travaillé de janvier 2000 au 7 octobre 2002 et que, sans atteinte à la santé, il réaliserait un salaire mensuel de 4'265 fr. depuis janvier 2003. Un extrait du compte individuel de l'assuré auprès de la caisse cantonale vaudoise de compensation a mis en évidence des revenus provenant de cette entreprise de 55'307 fr. en 2001 et de 44'411 fr. en 2002.

Dans un rapport du 7 août 2003, le Dr J. \_\_\_\_\_, de l'Hôpital intercantonal de la Broye, a fait état d'une fracture comminutive compliquée d'une pseudarthrose du fémur droit traitée par réenclouage, mise en place d'une plaque de soutien et greffe cortico-spongieuse au CHUV, et de pseudarthrose du cubitus gauche post-fracture ouverte par éclat d'obus il y a quelques années, l'incapacité de travail étant alors totale. Il a annoncé d'autres interventions au CHUV et indiqué qu'il était trop tôt pour déterminer le degré d'incapacité de travail.

Le 15 août 2003, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale à Yvonnand et médecin traitant de l'assuré, a signalé des céphalées et une réaction dépressivo-anxieuse post-traumatique, puis retenu une incapacité de travail de 100% depuis le 7 octobre 2002. En date du 25 août 2003, le Dr L. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution de la fracture du fémur droit a été marquée par un retard de consolidation, ayant nécessité une réintervention, puis relevé notamment que le suivi clinique et radiologique du fémur droit était en cours.

Le 10 mars 2004, l'assuré a été examiné par le Dr D. \_\_\_\_\_, remplaçant du médecin d'arrondissement de la CNA, qui a constaté des douleurs notamment au cubitus gauche et au fémur droit ainsi que des difficultés de mouvements. Il a retenu qu'après de nombreuses interventions, il n'y avait pas de consolidation du fémur droit et du cubitus gauche, que persistait un status séquellaire douloureux empêchant la marche en charge et l'usage du bras gauche, qu'il y avait également des céphalées post-contusionnelles relativement invalidantes et que cette

situation semblait avoir de très fortes répercussions psychiques sur l'assuré.

Dans un rapport d'examen du 30 juillet 2004, le Dr V.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a constaté des douleurs notamment au membre inférieur droit et au bras gauche ainsi que lors de la marche et a signalé l'échec d'une reprise d'activité le 8 juin 2004. Il a relevé des troubles psychiques empêchant une reprise d'activité professionnelle, réclamant sur ce point la mise en œuvre d'une expertise. D'un point de vue somatique, le patient conservait une pleine capacité de travail dans une activité légère, ne nécessitant pas de déambulations et autorisant des positions alternées. La reprise de l'activité antérieure pouvait même être envisageable, une nouvelle évaluation de la capacité de travail devant être effectuée à la fin du traitement d'ici 12 à 18 mois.

Le 13 octobre 2004, le Dr L.\_\_\_\_\_ a signalé une amélioration de l'état de santé de l'assuré et suggéré une réévaluation du cas concernant le fémur droit. Ce médecin a joint un rapport du 18 juin 2004 dans lequel il a constaté, d'un point de vue strictement traumatologique, que le cubitus était consolidé et que le fémur nécessitait encore un contrôle radioclinique; il a retenu que l'intéressé devait pouvoir retrouver une activité professionnelle à mi-temps avec alternance de positions assise et debout, pas de port de charges de plus de 15 kg, à raison de 4 à 5h par jour, probablement dès le 1<sup>er</sup> septembre 2004.

La CNA a produit les pièces médicales suivantes:

- Une expertise psychiatrique, requise par la CNA, du 14 janvier 2006 de la Dresse C.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH à Valeyres-sous-Montagny, posant les diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, de dysthymie et de trouble douloureux somatoforme persistant. Elle a notamment retenu ce qui suit dans son appréciation du cas et en réponse aux questions de la CNA:

"Sur le plan psychopathologique, pendant la guerre et quelques mois après son arrivée en Suisse, M. N. \_\_\_\_\_ a présenté des symptômes compatibles avec un état de stress post-traumatique. Ces symptômes se sont réactivés à la suite de l'accident, ce dernier faisant office de catalyseur. Fin 2004, la situation s'est en partie amendée, Monsieur cessant la prise en charge auprès de son psychiatre et toute médication antidépressive. En juillet 2005, l'expertisé présente une recrudescence d'angoisses et de troubles du sommeil, en lien avec une cérémonie de commémoration à Srebrenica prévue l'été 2005, pour y enterrer de nombreux corps identifiés, dont l'un de ses oncles. Monsieur s'y rend en voiture pour assister à l'enterrement de son oncle. Cette cérémonie, a également réactivé le vécu traumatique de la guerre avec recrudescence des crises d'angoisse et des troubles du sommeil.

A ce jour persistent une irritabilité, un sentiment d'inutilité, une difficulté à se projeter dans l'avenir, des cauchemars récurrents avec flash-back liés à la guerre et à l'accident. Au vu du laps de temps écoulé par rapport à l'accident survenu en octobre 2002, le diagnostic d'état de stress post-traumatique ne peut plus être retenu. De même, une relation de causalité naturelle avec l'accident peut être admise tout au plus jusqu'à fin 2004. La réactivation de la symptomatologie est à mettre en relation avec la cérémonie de commémoration à Srebrenica, à laquelle Monsieur s'est rendu. Actuellement persistent une modification durable de la personnalité, un trouble de l'humeur sous forme de dysthymie et un syndrome douloureux somatoforme persistant.

Toutefois, l'expertisé peut maintenir une sociabilité élargie (amis, famille, belle-famille), s'occuper de sa fille cadette âgée de 3 ans et oublier ce vécu traumatique. Le traitement mis en place est idoine, exception faite que l'expertisé dit prendre le traitement de Tolvon le matin et non le soir comme prescrit. Le Tolvon, antidépresseur anxiolytique et sédatif susceptible d'agir également sur les douleurs et le sommeil, doit être pris dans la soirée.

Quant à la capacité de travail, celle-ci peut être estimée de 70% dans une activité simple. Toutefois le pronostic reste réservé au vu de la représentation d'«invalidé» de l'expertisé et de «victime» dans cet accident.

[...]

Les troubles psychiques se sont manifestés pour la première fois pendant la guerre en ex-Yougoslavie sous forme de symptômes compatibles avec un état de stress post-traumatique. Avec le temps, ils ont diminué puis disparu. L'accident d'octobre 2002 a fait office de catalyseur et réactivé ce vécu traumatique. La situation a été lentement favorable, pour évoluer vers une modification durable de la personnalité, un trouble somatoforme et une dysthymie, persistant à ce jour. Monsieur a cessé le suivi psychiatrique et la médication antidépressive fin 2004. La relation de causalité naturelle avec l'accident peut être reconnue tout au plus jusqu'à fin 2004. La réactivation de la symptomatologie est à mettre en relation avec une cérémonie de commémoration à Srebrenica, à laquelle l'expertisé a assisté l'été 2005.

[...]

A ce jour, au regard des seuls troubles psychiques, la capacité de travail peut être estimée à 70%, sans diminution de rendement.

[...]

Une prise en charge psychologique pourrait permettre un amendement partiel du tableau psychique. Un amendement total paraît peu probable au vu de la modification durable de la personnalité et de la représentation d' «invalidé» de l'expertisé.

[...]

[Dans le tableau psychique actuel] les facteurs étrangers à l'accident sont de l'ordre d'environ 70% et relatifs à la guerre en ex-Yougoslavie".

- Un rapport d'examen du 1<sup>er</sup> mars 2006 du Dr V.\_\_\_\_\_, qui a constaté des douleurs au membre inférieur droit et au bras gauche, des difficultés pour marcher et des céphalées. Pour la capacité de travail, avec la Dresse C.\_\_\_\_\_, il a retenu une capacité de travail de 6h par jour dans une activité adaptée, avec un rendement normal, puis proposé une réévaluation du cas dans un délai de 3 ans.

Dans un rapport d'examen du 10 avril 2006 du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), le Dr P.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique FMH, a retenu l'atteinte principale à la santé de séquelles de fractures des 2 os de l'avant-bras à gauche sous forme de raccourcissement, perte de la supination et diminution de force chez un droitier et de séquelles d'une fracture extra-articulaire du tiers proximal du fémur droit. Il s'est référé aux constatations des Drs V.\_\_\_\_\_, et C.\_\_\_\_\_, et a retenu une capacité de travail exigible de 70%, compte tenu des limitations fonctionnelles suivantes: travail léger semi-sédentaire avec alternance des positions assise et debout, pas de port de charges supérieur à 15 kg avec le membre supérieur gauche, pas de travaux impliquant des mouvements de supination à répétition du membre supérieur gauche. Le début de l'aptitude à la réadaptation a été fixé au 1<sup>er</sup> septembre 2004.

Le 9 mars 2007, le Dr L.\_\_\_\_\_ a signalé une hospitalisation au CHUV en janvier 2007 pour ablation d'une plaque sur le fémur droit, n'ayant pas modifié les plaintes subjectives (douleurs lombaires basses

occasionnelles, douleurs à la fesse, à l'aine et à la cuisse). Après une incapacité de travail totale de huit semaines suite à cette intervention, il a retenu une capacité théorique de 50% du point de vue strictement orthopédique dans un emploi léger avec alternance de positions assise et debout et pas d'expositions aux intempéries.

Dans un rapport d'examen du 24 avril 2007 produit par la CNA, le Dr V.\_\_\_\_\_ a signalé qu'une ablation du matériel d'ostéosynthèse au fémur droit n'avait entraîné qu'une légère diminution des douleurs de la musculature et que persistaient des douleurs au membre inférieur droit (hanche et genou), la situation étant pour le surplus superposable à celle de mars 2006. Il a confirmé les conclusions de son précédent rapport.

Dans un avis médical du 11 mai 2007, le Dr F.\_\_\_\_\_, du SMR, a retenu que huit semaines après le 10 janvier 2007, en raison de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, l'assuré avait recouvré une capacité de travail de 70%, comme indiqué précédemment par le Dr P.\_\_\_\_\_ (rapport du 10 avril 2006), avec les mêmes limitations fonctionnelles.

Le 8 mai 2007, B.\_\_\_\_\_ SA a indiqué que l'assuré, sans son accident, aurait reçu un salaire mensuel de 4'465 fr. en 2006 et de 4'535 fr. en 2007 (versé 13 fois par année), compte tenu d'un horaire de 42 heures par semaine.

Par décision du 10 août 2007, la CNA a reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité mensuelle de 777 fr. 35 dès le 1<sup>er</sup> juillet 2007, compte tenu d'une incapacité de gain de 19%, et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%, se montant à 10'680 fr. L'assuré a formé opposition contre cette décision.

Du 24 septembre au 23 décembre 2007, sous l'égide de l'OAI, l'assuré a effectué un stage d'orientation professionnelle au centre Oroph de Morges. Il a été relevé, dans un rapport du 8 janvier 2008, que les possibilités d'intégration dans le monde économique s'étaient avérées très

faibles, seul un travail en atelier protégé sans contrainte d'un rendement étant indiqué.

Dans un rapport du 6 février 2008, le Dr K. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique en rémission incomplète, puis une incapacité de travail de 100% depuis le 7 octobre 2002. Il a notamment constaté une humeur déprimée, des idées noires, un état irritable et anxieux ainsi que des problèmes de concentration et de mémoire, puis retenu qu'une activité adaptée n'était pas exigible. Il a en outre joint les deux rapports suivants:

- Un consilium psychiatrique du 29 mars 2004 du Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie à Sion, effectué lors d'un séjour de l'assuré à la Clinique romande de réadaptation à Sion (ci-après: la CRR) du 23 mars au 7 mai 2004, retenant un trouble état de stress post-traumatique de gravité moyenne, situé dans le contexte d'accident de la circulation et d'événements liés à la guerre civile en ex-Yougoslavie.

- Un rapport du 6 mai 2004 du Dr K. \_\_\_\_\_, signalant que le patient décrivait un effondrement de ses repères, une perte de confiance en lui, des modifications durables de la personnalité, une vie stéréotypée et un état de résignation. Un traitement médicamenteux lui a été prescrit.

Suite à une proposition du SMR, l'assuré a été informé de la prochaine mise en œuvre, pour l'OAI, d'une expertise psychiatrique par la Dresse C. \_\_\_\_\_. Le 10 avril 2008, par son mandataire, l'assuré a formé une demande de récusation contre cet expert, qui avait déjà rendu une expertise, en l'occurrence pour la CNA, le 14 janvier 2006. Par décision incidente du 24 juin 2008, l'OAI a maintenu sa demande d'expertise auprès de la Dresse C. \_\_\_\_\_. Le 7 juillet 2008, l'assuré a accepté la mise en œuvre de l'expertise auprès de cette spécialiste.

Dans son expertise du 19 novembre 2008, la Dresse C. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant,

de modification durable de la personnalité après expériences de catastrophes et de dysthymie. Elle a retenu en particulier ce qui suit dans son appréciation du cas et dans les réponses apportées aux questions de l'OAI:

"A l'examen clinique, sont présents une humeur dépressive, une diminution de la confiance en soi comme homme et mari (conservée comme père), des troubles du sommeil, une vision négative des perspectives d'avenir, associées à des ruminations.

[...]

Je ne retiens pas le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique en rémission car les critères, à savoir au moins 6 symptômes sur 10 de la lignée dépressive [...] ne sont pas présents.

[...]

Bien que M. N. \_\_\_\_\_ relate une baisse d'énergie, des troubles de la mémoire et de la concentration, [les symptômes décrits lors de l'examen neuropsychologique] ne sont pas objectivés durant l'entretien de plus de 2 heures. Aucun ralentissement psychomoteur n'est mis en évidence. Monsieur répond rapidement et adéquatement aux questions.

Cliniquement, les éléments décrits ci-dessus par Mme X. \_\_\_\_\_ ne sont pas patents. Par ailleurs selon téléphone avec Mme X. \_\_\_\_\_, de tels déficits empêcheraient la conduite d'un véhicule automobile et interféreraient notoirement dans la vie quotidienne de l'expertisé, ce qui n'est pas le cas.

Rappelons que M. N. \_\_\_\_\_ conduit régulièrement sa voiture, *pour me déstresser*, et se rend annuellement avec son véhicule en Bosnie-Herzégovine.

Par ailleurs, il peut fonctionner dans sa vie quotidienne et maintenir une sociabilité.

Au vu de ce qui précède, des phénomènes de majoration sont présents.

L'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique en rémission, décrit par le Dr K. \_\_\_\_\_, en février 2008 a évolué en une dysthymie, déjà objectivée en janvier 2006.

Persiste une modification durable de la personnalité, secondaire à des expériences de catastrophes (guerre en Bosnie, accident en octobre 2002, commémoration à Srebrenica en 2005) se manifestant par une difficulté à gérer certaines émotions, une irritabilité en fonction des circonstances et une colère à l'égard des limitations physiques secondaires à l'accident et du responsable de cet accident.

Les douleurs diffuses s'étendant à plusieurs parties du corps dont certaines sont sans substrat organique, associées à une détresse émotionnelle permettent de retenir un diagnostic de syndrome

douloureux somatoforme persistant et non une majoration de douleurs physiques pour des raisons psychologiques.

Une co-morbidité psychiatrique sous forme de modification durable de la personnalité après plusieurs expériences de catastrophe et dysthymie est présente. Persiste une affection corporelle chronique sur le plan orthopédique.

L'état psychique paraît cristallisé (bénéfices primaires).

Les traitements médicamenteux permettent en partie de diminuer les douleurs. Par ailleurs la thymie et l'anxiété ont répondu favorablement à des traitements antidépresseurs et anxiolytiques.

Une intégration sociale est maintenue; M. N.\_\_\_\_\_ maintient des contacts avec ses amis et anciens collègues à Payerne, se rend annuellement en voiture en Bosnie-Herzégovine pour visiter sa famille et il a des contacts réguliers avec sa famille habitant à Berne et sa belle-famille résidant à Yverdon.

Depuis l'accident en octobre 2002, cette situation s'est chronicisée d'autant plus que M. N.\_\_\_\_\_ ne serait pas responsable de cet accident et que l'auteur n'aurait jamais pris de ses nouvelles.

Globalement, cet examen clinique est superposable à celui effectué en janvier 2006.

Au vu de ce qui précède, le syndrome douloureux somatoforme persistant et la modification durable de la personnalité après des expériences de catastrophe interfèrent de 30% sur la capacité de travail en raison des limitations suivantes: seuil douloureux abaissé, irritabilité en fonction des circonstances, diminution de la résistance au stress, capacités d'adaptation et d'apprentissage réduites et difficultés à accepter ses limites physiques.

Cependant, le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle, même à temps partiel, paraît compromis en raison des représentations négatives et du comportement «d'invalidé» de M. N.\_\_\_\_\_.

[...]

La capacité de travail est de 70% dans une activité simple. Sur le plan psychique, l'activité exercée jusqu'ici est encore exigible à raison de 6 heures par jour. Dans le cadre d'une activité de 70%, pas de diminution du rendement.

Incapacité de travail de 20% au moins depuis octobre 2002.

D'octobre 2002 à début 2004, incapacité de travail de 100% (selon Dr G.\_\_\_\_\_, état de stress post-traumatique).

De mi-2004 à fin 2005 (selon rapport Dr K.\_\_\_\_\_, modification durable de la personnalité après une succession d'expériences de catastrophes et épisode dépressif moyen avec syndrome somatique), incapacité de travail de 60%.

De janvier 2006, date de mon expertise, à ce jour (modification durable de la personnalité après une succession d'expériences de

catastrophes, syndrome douloureux somatoforme persistant et dysthymie), incapacité de travail de 30%".

Dans un rapport d'examen du 12 novembre 2008, X.\_\_\_\_\_, neuropsychologue FSP, a constaté des troubles mnésiques sévères en modalité verbale et en mémoire, un dysfonctionnement exécutif sévère, un fléchissement sévère du raisonnement logique et des troubles attentionnels sévères. Elle a retenu que la sévérité des déficits était inhabituelle suite à un traumatisme crânien, un syndrome douloureux chronique ou un état de stress post-traumatique et que la capacité de travail était nulle, même dans un emploi non qualifié.

Dans un avis médical du 10 décembre 2008, le Dr F.\_\_\_\_\_, se référant aux conclusions de l'expertise du 19 novembre 2008 de la Dresse C.\_\_\_\_\_ et écartant les constatations neuropsychologiques de X.\_\_\_\_\_, a retenu l'absence d'aggravation au plan psychiatrique depuis janvier 2006. Le 17 juillet 2009, ce médecin s'est référé aux dates mentionnées par l'expert s'agissant de l'évolution du degré de capacité de travail de l'assuré; le 30 juillet 2009, il a retenu une incapacité de travail totale de six semaines dès le 10 janvier 2007, date de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse au fémur de la cuisse droite.

Dans un préavis du 31 juillet 2009, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui reconnaître le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> octobre 2003 au 30 novembre 2004, à un trois quarts de rente du 1<sup>er</sup> décembre 2004 au 31 mars 2006, la rente étant ensuite supprimée, puis à une rente entière du 1<sup>er</sup> janvier au 30 mai 2007, la rente étant supprimée au 1<sup>er</sup> juin 2007. Il a retenu que la capacité de travail était considérablement restreinte depuis le 7 octobre 2002, l'incapacité de travail étant totale jusqu'à fin août 2004, et que l'assuré présentait un degré d'invalidité de 61% dès décembre 2004 - compte tenu d'un revenu sans invalidité de 55'445 fr. et d'un revenu d'invalidé selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) de 21'758 fr. 15 - et de 31% dès janvier 2006 - compte tenu d'un revenu sans invalidité de 56'671 fr. 45 et d'un revenu d'invalidé de 39'366 fr. 22 selon l'ESS. Il a également retenu, en raison de

l'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 10 janvier 2007, une incapacité de travail totale dans toute activité jusqu'à fin février 2007.

Le 14 septembre 2009, par son mandataire, l'assuré a fait part de ses objections contre ce préavis, contestant disposer d'une capacité de travail de 70% et réclamant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Dans un rapport du 24 août 2009, après examen de la deuxième expertise de la Dresse C.\_\_\_\_\_, le Dr K.\_\_\_\_\_ a confirmé son diagnostic d'épisode dépressif moyen en rémission incomplète, compte tenu de 8/10 symptômes de la lignée dépressive, infirmant celui de trouble douloureux somatoforme persistant. Il a relevé la présence de troubles de la mémoire et de la concentration, puis réclamé un complément d'investigation s'agissant notamment des troubles cognitifs.

Le 4 novembre 2009, les Drs F.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, du SMR, se sont référés à l'appréciation des Drs P.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ et ont écarté celle du Dr K.\_\_\_\_\_, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de modifier les conclusions du SMR quant à l'exigibilité médicale et aux limitations fonctionnelles, ni de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

Dans un rapport d'examen médical final du 14 octobre 2009, transmis par la CNA, le Dr V.\_\_\_\_\_ a relevé des douleurs inguinales droites au MID, au bas du dos et au thorax, les douleurs se manifestant dorénavant également au repos. Objectivement, il a constaté une mobilité complète de la hanche droite, une musculature totalement récupérée, une inégalité des membres inférieurs et une main gauche fonctionnelle. Malgré une évolution difficile, il a retenu que le patient était bien remis et qu'il pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée.

Dans des courriers explicatifs des 5 et 15 janvier 2010 adressés au mandataire de l'intéressé, se référant à l'avis du SMR et à celui de la Dresse C.\_\_\_\_\_ puis infirmant les conclusions des médecins traitants de l'assuré, l'OAI a confirmé sa position.

Les documents suivants ont en outre été transmis par la CNA:

- Un rapport du 25 août 2009 du Dr L.\_\_\_\_\_, constatant notamment une excellente musculature, des douleurs au niveau de la fesse droite, des difficultés à la marche et un bilan radiologique montrant des fractures parfaitement consolidées et infirmant une coxarthrose de la hanche droite.

- Un tableau rempli le 22 septembre 2009 par B.\_\_\_\_ SA, communiquant un salaire présumable sans accident en 2009 de 4'725 fr. (13 fois par an), compte tenu d'un horaire de travail de 42 heures par semaine.

- Un courrier de la CNA mettant un terme au 22 octobre 2009 au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 31 décembre 2009.

- Une décision du 27 janvier 2010 de la CNA reconnaissant le droit de l'assuré à une rente d'invalidité de 1'824 fr. 65 par mois, compte tenu d'une incapacité de gain de 39% et d'un gain annuel assuré de 65'283 fr. La CNA a maintenu sa position par décision sur opposition du 25 mars 2010, contre laquelle l'assuré a déposé un recours auprès de la Cour de céans (cause AA 41/10, instruite séparément).

Par décision du 9 avril 2010, l'OAI a accordé à l'assuré le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> octobre 2003 au 30 novembre 2004, à un trois quarts de rente du 1<sup>er</sup> décembre 2004 au 31 mars 2006, le droit à la rente étant supprimé du 1<sup>er</sup> avril au 31 décembre 2006, puis à une rente entière du 1<sup>er</sup> janvier au 30 mai 2007, le droit à la rente étant supprimé au 1<sup>er</sup> juin 2007. L'OAI s'est référé aux mêmes motifs que ceux de son préavis du 31 juillet 2009.

**B.** Par acte du 11 mai 2010 de son mandataire, N.\_\_\_\_ fait recours au Tribunal cantonal et conclut à la réforme de cette décision en

ce sens qu'une rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité d'au moins 56% lui est allouée à compter du 1<sup>er</sup> avril 2006, à l'exception de la période de janvier à mai 2007, où le droit à une rente entière lui est reconnu. Subsidiairement, il conclut à l'annulation de cette décision et au renvoi du dossier à l'OAI pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique.

Sur le plan médical, contrairement à l'avis de la CNA et de l'OAI, il soutient qu'il n'a pas pu recouvrer une pleine capacité de travail sur le plan somatique à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2004. Au plan psychique, il s'écarte de l'avis de la Dresse C. \_\_\_\_\_ et s'en remet à celui du Dr K. \_\_\_\_\_, qui retient une capacité de travail de 50%. Il conteste en outre le revenu d'invalidé annuel de 39'366 fr. 22, excessif et non documenté, et se prévaut d'un abattement de 15% du revenu d'invalidé, compte tenu de ses limitations fonctionnelles et de la composante tant physique que psychique, de sorte qu'un degré d'invalidité de 56% devait être retenu, donnant droit à une demi-rente à compter du 1<sup>er</sup> avril 2006. A titre subsidiaire, les conclusions de l'expert étant trop éloignées de celles des autres médecins, il réclame la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique.

Dans sa réponse du 30 juillet 2010, se référant à la décision attaquée et à son courrier explicatif du 5 janvier 2010, l'OAI conclut au rejet du recours.

Le 11 juillet 2011, le recourant dépose une décision du service de l'emploi le reconnaissant inapte au placement à compter du 16 mai 2011.

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

**1.** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS

831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** En l'espèce, le droit à une rente d'invalidité est litigieux, le recourant concluant à l'octroi d'une demi-rente au moins à compter du 1<sup>er</sup> avril 2006, à l'exception de janvier 2007 à mai 2007 où le droit à une rente entière est reconnu.

**a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à un trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 LAI).

**b)** 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 (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations

d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TF I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1; TF 9C\_94/2009 du 29 avril 2009 consid. 3.3; TF 8C\_936/2008 du 7 juillet 2009 consid. 6). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C\_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3; TF 9C\_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4; TF 8C\_183/2007 du 19 juin 2008 consid. 3).

**c)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets

peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2).

Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4; 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2; TF I 590/05 du 27 février 2007 consid. 3.1; avec références citées).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, les

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 (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et les références citées).

**d)** Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d et les arrêts cités; TF 9C\_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 2; TFA I 554/06 du 21 août 2006 consid. 3). Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation

du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b; 112 V 390 consid. 1b; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1, les deux avec références citées).

Selon l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2).

Selon l'art. 29bis RAI (en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008; RO 2007 p. 5155), si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28, al. 1, let. b, LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

Lorsqu'une rente est allouée et qu'elle est en même temps augmentée, réduite ou supprimée en application des art. 17 LPGA et 88a RAI, il s'agit d'un rapport juridique, certes complexe, mais défini pour

l'essentiel uniquement par le montant de la prestation et les périodes pour lesquelles elle est due. Le simple fait que l'étendue et, le cas échéant, la durée du droit à la rente varient au cours de la période couverte par la décision est sans importance sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 135 V 141 consid. 1.4.4; 131 V 164 consid. 2.3.3; 125 V 413 consid. 2d; TF 9C\_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.2).

**3. a)** Dans le cas présent, sur le plan somatique, l'assuré a été victime d'un accident le 7 octobre 2002, ayant occasionné une fracture comminutive à deux fragments intermédiaires du fémur droit et une fracture du cubitus gauche médio-diaphysaire. Il a fait l'objet de plusieurs opérations et a consulté de nombreux médecins, en particulier les Drs Q.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, et a été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA. Les médecins s'accordent à reconnaître que les fractures de l'assuré sont à présent consolidées mais qu'il présente d'importantes douleurs, localisées essentiellement au bras gauche, au membre inférieur droit et au dos, ainsi que des difficultés à la marche.

Dans leur rapport du 4 novembre 2009, les Drs F.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ se sont référés à l'appréciation du Dr P.\_\_\_\_\_. Ce dernier, dans son rapport d'examen du 10 avril 2006, a retenu l'atteinte principale à la santé de séquelles de fractures des 2 os de l'avant-bras à gauche sous forme de raccourcissement, perte de la supination et diminution de force chez un droitier et de séquelles d'une fracture extra-articulaire du tiers proximal du fémur droit. Il s'est référé aux constatations du Dr V.\_\_\_\_\_ et a retenu une capacité de travail exigible de 70%, compte tenu des limitations fonctionnelles suivantes: travail léger semi-sédentaire avec alternance des positions assise et debout, pas de port de charges supérieur à 15 kg avec le membre supérieur gauche, pas de travaux impliquant des mouvements de supination à répétition du membre supérieur gauche.

Dans son rapport d'examen médical final du 14 octobre 2009, le Dr V.\_\_\_\_\_ a relevé des douleurs inguinales droites au membre inférieur droit, au bas du dos et au thorax, les douleurs se manifestant dorénavant également au repos. Objectivement, il a constaté une mobilité complète de la hanche droite, une musculature totalement récupérée, une inégalité des membres inférieurs et une main gauche fonctionnelle. Malgré une évolution difficile, il a retenu que le patient était bien remis et qu'il pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée. Le 30 juillet 2004, mais alors que l'état de santé de l'intéressé n'avait pas encore été stabilisé en raison d'autres opérations, ce médecin avait retenu, d'un point de vue somatique, une pleine capacité de travail dans une activité légère, ne nécessitant pas de déambulations et autorisant des positions alternées.

Le Dr D.\_\_\_\_\_ a procédé à une évaluation complète de l'état de santé de l'assuré, en tenant compte de l'évolution du cas et des différentes opérations effectuées, compte tenu de l'avis des autres médecins et des autres pièces médicales versées au dossier, de sorte qu'on ne voit pas de raison de s'écarter de son appréciation. Cela étant, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a retenu, dans son rapport du 9 mars 2007, une capacité de travail de 50%; ses conclusions et motivations paraissent cependant moins fouillées que celles du médecin d'arrondissement et son avis, en tant que médecin traitant de l'assuré, doit être apprécié avec les réserves d'usage (cf supra, consid. 2b). Du reste, dans son rapport du 25 août 2009, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a constaté un patient en bon état général puis relevé une "excellente musculature" et une consolidation de toutes les fractures, ce qui ne peut qu'indiquer une amélioration de l'état de santé de son patient; il ne s'est par ailleurs pas prononcé au sujet de la capacité de travail. Le recourant se prévaut des conclusions du Dr A.\_\_\_\_\_; or ce médecin de la CNA a examiné l'assuré le 10 mars 2004, soit avant d'autres opérations subies par l'assuré, de sorte qu'à cette époque l'état de santé n'était pas encore stabilisé. Le Dr D.\_\_\_\_\_, qui s'est prononcé après l'examen de son collègue de la CNA, a au contraire suivi toute l'évolution, de sorte que son avis est prépondérant.

Les rapports du Dr D.\_\_\_\_\_ se fondent au demeurant sur une anamnèse complète, des examens approfondis sur le plan rhumatologique, la prise en compte des plaintes subjectives et procèdent d'une étude approfondie du cas puis comportent des conclusions convaincantes et dûment étayées, de sorte qu'ils répondent aux critères permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante. Sur le plan somatique, on se basera donc sur l'avis du Dr V.\_\_\_\_\_, dont les conclusions ont été reprises en substance par les médecins du SMR.

**b)** L'assuré a également présenté des troubles psychiques à la suite de son accident. Dans son expertise psychiatrique du 14 janvier 2006 mise en œuvre pour la CNA, la Dresse T.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, de dysthymie et de trouble douloureux somatoforme persistant. Elle a notamment constaté une irritabilité, un sentiment d'inutilité, une difficulté à se projeter dans l'avenir et des cauchemars récurrents avec flash-back liés à la guerre en Bosnie et à l'accident de 2002; elle a également signalé une sociabilité élargie et un traitement médicamenteux adéquat. Elle a retenu une capacité de travail de 70% dans une activité simple, sans diminution de rendement.

Sur le plan neuropsychologique, dans un rapport d'examen du 12 novembre 2008 établi dans le cadre d'une nouvelle expertise psychiatrique, X.\_\_\_\_\_ a constaté des troubles mnésiques sévères en modalité verbale et en mémoire, un dysfonctionnement exécutif sévère, un fléchissement sévère du raisonnement logique et des troubles attentionnels sévères. Elle a retenu que la sévérité des déficits était inhabituelle suite à un traumatisme crânien, un syndrome douloureux chronique ou un état de stress post-traumatique et que la capacité de travail était nulle, même dans un emploi non qualifié.

Dans son expertise psychiatrique du 19 novembre 2008 mise en œuvre pour l'OAI, la Dresse T.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, de modification durable de la personnalité après expériences de catastrophes et de dysthymie. Elle a

constaté une humeur dépressive, une diminution de la confiance en soi, des troubles du sommeil, une vision négative des perspectives d'avenir et des ruminations, précisant ne pas retenir le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique en rémission. Elle s'est écartée des constatations neuropsychologiques, aucun ralentissement psychomoteur n'étant notamment mis en évidence. Elle a également retenu une affection corporelle chronique sur le plan orthopédique, un état psychique paraissant cristallisé, un traitement médicamenteux adéquat, une intégration sociale maintenue et une situation chronicisée. Globalement, elle a retenu un examen clinique superposable à celui effectué en janvier 2006 et a retenu une diminution de 30% de la capacité de travail, sans diminution de rendement, en raison des limitations suivantes: seuil douloureux abaissé, irritabilité en fonction des circonstances, diminution de la résistance au stress, capacités d'adaptation et d'apprentissage réduites et difficultés à accepter ses limites physiques.

Le recourant se prévaut de l'avis du Dr U.\_\_\_\_\_, lequel, dans son rapport du 6 février 2008, a retenu les diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique en rémission incomplète, puis une incapacité de travail de 100% depuis le 7 octobre 2002. Ce médecin se fonde cependant sur les mêmes constatations que celles de l'experte, se base sur une motivation limitée - en comparaison avec les expertises figurant au dossier - et, en tant qu'il s'agit du médecin traitant de l'assuré, son avis doit être apprécié avec les réserves d'usage, ce d'autant plus si on le compare avec celui de l'expert. La Dresse T.\_\_\_\_\_ s'est du reste basée sur les constatations médicales objectives du Dr U.\_\_\_\_\_. Au demeurant, les explications de l'expert permettent de retenir que les troubles cognitifs signalés par le Dr U.\_\_\_\_\_ (dans son rapport du 24 août 2009, rendu postérieurement à l'expertise) ne sont pas présents et qu'un complément d'investigation sur ce point n'est pas nécessaire.

Dans ses expertises, la Dresse T.\_\_\_\_\_ s'est au demeurant fondée sur une anamnèse complète, des examens sur le plan psychique et

les plaintes de l'assuré, avant de retenir une appréciation médicale claire (notamment sur la base des outils diagnostiques de la CIM-10) et des conclusions dûment étayées. Ses expertises répondent donc aux critères permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante. On se basera donc sur les conclusions de l'expert, qui ont été reprises en détail par les médecins du SMR (rapport du 4 novembre 2009 des Drs F.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_) s'agissant de la dimension psychique de l'assuré et de son incidence sur la capacité de travail.

**c)** Selon la Dresse C.\_\_\_\_\_, le recourant présente en outre le diagnostic de trouble (respectivement de syndrome) douloureux somatoforme persistant. Les explications de l'experte sur ce point sont plus complètes et fouillées que celles du Dr K.\_\_\_\_\_ - qui nie la présence d'un trouble somatoforme (rapport du 24 août 2009) - de sorte que, au vu de la vraisemblance prépondérante, ce diagnostic doit être retenu.

**d)** Les constatations médicales retenues par l'assurance ne sont pas critiquables; elles pouvaient donc servir de fondement à la décision attaquée.

Dans ses deux expertises, la Dresse C.\_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré conservait une bonne intégration sociale (notamment avec sa famille et ses amis). Dans son expertise du 19 novembre 2008, elle a signalé une co-morbidité psychiatrique sous forme de modification durable de la personnalité après plusieurs expériences de catastrophe et dysthymie, une affection corporelle chronique sur le plan orthopédique et un état psychique paraissant cristallisé (bénéfices primaires); elle a également relevé que les traitements médicamenteux permettaient en partie de diminuer les douleurs et que la thymie ainsi que l'anxiété avaient répondu favorablement à des traitements antidépresseurs et anxiolytiques.

La Dresse C.\_\_\_\_\_ s'est donc prononcée sur les critères posés par la jurisprudence (ATF 132 V 65) pour apprécier le caractère

invalidant des troubles somatoformes, de sorte que son avis peut être retenu également sur cette question.

**4. a)** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; TF 9C\_510/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.1). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1). Lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives; une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent peut aussi suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100%, tandis que le revenu d'invalide est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 310 consid. 3a; TF 9C\_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2).

**b)** Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en règle générale en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1).

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 8C\_287/2010 du 18 novembre 2010 consid. 3).

**c)** Les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; TF 9C\_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 4.1).

Selon une jurisprudence récente, l'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question relevant du pouvoir d'appréciation de l'administration. Lorsque la juridiction cantonale

examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, elle doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25%) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2 in fine et les références citées).

**5.** Il reste à déterminer les périodes d'incapacité de travail et leurs incidences quant au droit à la rente en faveur du recourant.

**a)** Dans un premier temps, une incapacité de travail de 100% a été retenue (rapports des 18 juin 2003 du Dr L. \_\_\_\_\_ et 7 août 2003 du Dr J. \_\_\_\_\_), en l'occurrence depuis le 7 octobre 2002 (rapport du 15 août 2003 du Dr S. \_\_\_\_\_), soit depuis l'accident subi par l'assuré. Par la suite, dans un rapport du 30 juillet 2004, le Dr V. \_\_\_\_\_ a constaté des douleurs notamment au membre inférieur droit et au bras gauche ainsi que lors de la marche puis a retenu, d'un point de vue somatique, que l'assuré conservait une pleine capacité de travail dans une activité légère, ne nécessitant pas de déambulations et autorisant des positions alternées. Le 1<sup>er</sup> mars 2006, ce médecin a constaté des douleurs au membre inférieur droit et au bras gauche, des difficultés pour marcher et des céphalées; il a retenu une capacité de travail de 6h par jour dans une activité adaptée, avec un rendement normal. Pour sa part, le Dr P. \_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail exigible de 70%, compte tenu des limitations fonctionnelles somatiques; le début de l'aptitude à la réadaptation a été fixé au 1<sup>er</sup> septembre 2004.

C'est donc à juste titre que le droit à une rente entière limitée dans le temps a été reconnu du 1<sup>er</sup> octobre 2003, soit compte tenu du délai de carence d'une année depuis l'accident du 7 octobre 2002 (art. 28 LAI), jusqu'au 30 novembre 2004, soit après un délai de trois mois (art. 88a al. 1 RAI) dès l'amélioration de l'état de santé, attestée par le SMR au 1<sup>er</sup> septembre 2004.

**b)** Selon les indications de la Dresse C. \_\_\_\_\_ (expertise du 19 novembre 2008) qui ont été reprises explicitement par le Dr F. \_\_\_\_\_ (rapport SMR du 17 juillet 2009), l'assuré a présenté de mi-2004 à fin 2005, en raison d'une modification durable de la personnalité après une succession d'expériences de catastrophes et d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, une incapacité de travail de 60%.

Le revenu sans invalidité, non contesté, s'élève à 55'445 fr. et correspond aux indications de B. \_\_\_\_\_ SA. Pour le revenu d'invalidé, on se basera sur un salaire mensuel de 4'588 fr. pour les hommes dans des activités simples et répétitives (ESS, niveau de qualifications 4) en tenant compte de l'horaire hebdomadaire de travail en 2004 (41.7 heures). En retenant un taux d'abattement de 5% du revenu d'invalidé, contesté par le recourant, l'OAI n'a pas commis d'abus ou d'excès de son pouvoir d'appréciation. En effet, le recourant est encore jeune (il est né en 1975) et ses limitations fonctionnelles, si elles semblent importantes, ne sauraient l'empêcher d'exercer des activités variées; les fractures qu'il a subies lors de son accident sont du reste parfaitement consolidées. Il vit en Suisse depuis le 19 décembre 1994 (selon sa demande de prestations du 15 juillet 2003), soit depuis de nombreuses années, et dispose de plusieurs expériences professionnelles, dans différents domaines (selon l'extrait du compte individuel de la caisse cantonale vaudoise de compensation).

Compte tenu d'un taux de travail exigible de 40%, le revenu d'invalidé se monte à 21'810 fr. 43, ce qui aboutit à un degré d'invalidité de 60.66%, donnant droit à un trois quarts de rente à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2004. Nonobstant ce qui précède, on relèvera que le résultat est le même avec un abattement maximal de 25%, soit la situation la plus favorable à l'assuré, dès lors que le degré d'invalidité se monterait à 68.94%.

**c)** Selon la Dresse C. \_\_\_\_\_ (expertise du 19 novembre 2008), depuis janvier 2006, en raison de modification durable de la

personnalité après une succession d'expériences de catastrophes, de syndrome douloureux somatoforme persistant et de dysthymie, la capacité de travail est de 70% dans une activité simple, sans diminution de rendement. Pour sa part, le Dr F.\_\_\_\_\_, se référant aux conclusions de l'expert, a retenu l'absence d'aggravation au plan psychiatrique depuis janvier 2006.

Le revenu sans invalidité, non contesté, est de 56'671 fr. 45, selon les indications de B.\_\_\_\_\_ SA, en tenant compte de l'évolution des salaires. Pour le revenu d'invalidé, on se basera sur un salaire mensuel de 4'732 fr. pour les hommes dans des activités simples et répétitives (ESS, niveau de qualifications 4) en tenant compte de l'horaire hebdomadaire de travail en 2006 (41.7 heures). Compte tenu d'un taux de 70% exigible sur le plan médical et d'un abattement de 5% correctement fixé par l'OAI (pour les raisons qui précèdent), le revenu d'invalidé s'élève à 39'366 fr. 22. Le degré d'invalidité se monte alors à 30.54% et ne permet plus l'octroi d'une rente, car il est inférieur à 40% (art. 28 al. 2 LAI). On relèvera que le résultat est le même si on se fondait par hypothèse sur un taux d'abattement de 15%, dès lors que le degré d'invalidité se monterait à 37.84%. Il s'ensuit que le droit à un trois quarts de rente doit être reconnu jusqu'au 31 mars 2006, compte tenu d'un délai de trois mois à compter de l'amélioration fixée à janvier 2006 (art. 88a al. 1 RAI), et que le recourant n'a plus droit à une rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2006.

**d)** En janvier 2007, l'assuré a effectué une hospitalisation au CHUV pour ablation d'une plaque sur le fémur droit, ayant entraîné selon le Dr L.\_\_\_\_\_ une incapacité de travail totale de huit semaines (rapport du 9 mars 2007). Pour sa part, le Dr F.\_\_\_\_\_ a retenu une incapacité de travail totale de six semaines dès le 10 janvier 2007 (avis médical du 30 juillet 2009). Il s'agit d'une reprise d'invalidité, moins de trois ans après l'octroi d'une rente (art. 29bis RAI), de sorte que l'assuré a droit à une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007.

**e)** Après le rétablissement (en l'occurrence de six semaines) nécessaire à son hospitalisation, soit à fin février 2007, l'assuré a recouvré

sa capacité de travail, ainsi que l'a retenu le Dr V.\_\_\_\_\_, qui a relevé que la situation était désormais superposable à celle de mars 2006 (rapport du 24 avril 2007). Pour sa part, le 11 mai 2007, le Dr F.\_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré avait recouvré une capacité de travail de 70%, comme indiqué précédemment par le Dr P.\_\_\_\_\_ (rapport du 10 avril 2006), avec les mêmes limitations fonctionnelles.

En ce qui concerne le calcul de l'invalidité, on se basera sur les données pour 2006, en tenant compte de l'indexation des salaires pour les revenus de valide et d'invalidé, ce qui aboutit au même résultat. Compte tenu d'un abattement de 5%, ou même de 15%, le droit à la rente s'éteint, dès lors que le degré d'invalidité n'atteint pas 40%. Il s'ensuit qu'au 1<sup>er</sup> juin 2007, soit après un délai de trois mois à compter de fin février 2007 (art. 88a al. 2 RAI), le recourant n'a plus droit à une rente.

**6. a)** Partant, la décision attaquée doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours. Le dossier étant complet sur le plan médical et économique, il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 500 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD).

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 9 avril 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 500 fr. (cinq cents francs) est mis à la charge du recourant N.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Charles Munoz, avocat à Yverdon-les-Bains (pour N.\_\_\_\_\_)
- 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 :