

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 décembre 2014

---

Présidence de     Mme     DESSAUX  
Juges     :     Mme Thalmann et M. Métral  
Greffier     :     Mme     Parel

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**J.**\_\_\_\_\_, à Clarens, recourant, représenté par Procap, Service juridique, à Bienne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8, 16 LPGA; 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** J. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le 26 mai 1958, de nationalité tunisienne, réside en Suisse depuis 1987, actuellement au bénéfice d'un permis C. Après avoir effectué une formation d'installateur sanitaire en Tunisie, il a travaillé dans différents emplois salariés en Suisse. Il s'est mis à son compte en 2006.

Victime de deux chutes le 9 février 2007, il a subi le 16 mars 2007 une opération au Service de neurochirurgie du Centre hospitalier O. \_\_\_\_\_ (ci-après : O. \_\_\_\_\_) consistant en une double discectomie et mise en place de cages et plaques aux niveaux C4-C5 et C5-C6. Il a ensuite séjourné du 11 avril 2007 au 13 juin 2007 à la Clinique Romande de réadaptation (ci-après : CRR). L'avis de sortie du 13 juin 2007 retenait les diagnostics de myélopathie compressive C4-C6 dans un contexte de canal cervical étroit sur hernie discale gauche et spondylophyte médial au niveau C5-C6 avec tétraplégie spastique incomplète, de type ASIA D, et discectomie complète de C4-C5 et C5-C6 avec mise en place d'une cage Cespace et d'une plaque Venture. Il était fait mention d'une incapacité de travail de 100 % dès le 9 février 2007 pour une durée indéterminée.

Dans un rapport médical du 22 octobre 2007 consécutif à une consultation du 18 octobre 2007 assortie d'une IRM médullaire, d'un examen neurologique et d'une évaluation fonctionnelle en physiothérapie, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, médecin adjoint en paraplégie à la CRR, a indiqué que l'assuré présentait une tétraplégie incomplète spastique, stade ASIA D de niveau sensitif C5 des deux côtés et de niveau moteur C5 gauche et C6 droit, observant, dans la perspective d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité LAA, que l'atteinte théorique se situait autour de 60 %. Il a indiqué que la situation était stabilisée sur le plan neurologique et a estimé que sur le plan professionnel, l'assuré était définitivement inapte à exercer son activité d'installateur sanitaire. Il notait comme limitations fonctionnelles la nécessité d'alternance des positions assis-debout-marche, l'impossibilité

de se mettre à genoux, en position accroupie ou en inclinaison du buste; la dextérité au niveau des membres supérieurs était amoindrie, le port de charges était limité à 6 kg et le travail en hauteur ou sur échelle contre-indiqué. C'est pourquoi il avait encouragé l'assuré à déposer une demande de prestations AI pour des mesures professionnelles et d'aide au placement.

Un rapport du 6 novembre 2007 des Drs D.\_\_\_\_\_, médecin associé, et T.\_\_\_\_\_, médecin assistant, du Service de neurochirurgie du O.\_\_\_\_\_, mentionnait une évolution favorable du point de vue neurologique avec amélioration de la force et des capacités de préhension ainsi que de dextérité et prévoyait un nouvel examen à six mois.

Le 6 décembre 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes, tendant au reclassement dans une nouvelle profession, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Dans un rapport médical du 14 décembre 2007 à l'OAI, le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assuré, a indiqué que son patient se plaignait encore d'une diminution de la force de la jambe droite, responsable d'une boiterie, et de la main droite, dont la dextérité restait déficitaire (spasticité); une activité adaptée (technico-commercial, surveillance) était envisageable à un taux d'activité compris entre 50 % et 100 %, sans diminution de rendement. Il subordonnait la date de la reprise d'une activité adaptée à une évaluation, respectivement à des stages.

Dans un rapport médical du 11 janvier 2008 adressé à l'OAI, le Dr E.\_\_\_\_\_, renvoyant notamment à son rapport du 22 octobre 2007, a confirmé que l'activité d'installateur sanitaire était définitivement inexigible. La capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était de 100 %, sans diminution de rendement, les limitations fonctionnelles consistant à éviter la même position du corps pendant longtemps, la position à genoux ou accroupie, l'inclinaison du buste, le travail en hauteur ou sur une échelle, les déplacements sur sol irrégulier

ou en pente. Le Dr E. \_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur le point de départ de cette capacité de travail.

Dans un avis médical du 18 février 2008, le Dr F. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a retenu, sur la base des rapports médicaux du Dr E. \_\_\_\_\_, que l'assuré présentait une capacité de travail de 100 % dans son activité habituelle (sic) et de 100 % dès le mois d'octobre 2007 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (excluant la marche au-delà de 100 m, les escaliers répétés, les échelles, les escabeaux, les positions à genoux, accroupie, en porte-à-faux du rachis, le port de charges répétées au-delà de 6 kg, les positions statiques assis-debout, la manipulation fine demandant une grande dextérité). Dans un nouvel avis médical SMR du 9 avril 2008, ce praticien a précisé que si l'activité d'installateur sanitaire était nulle pour toutes les activités effectuées sur le terrain, elle était entière au moins dès octobre 2007 pour les activités de bureau et administratives; il a ainsi proposé une enquête économique pour indépendants afin de déterminer précisément l'exigibilité dans l'activité habituelle.

Du rapport d'enquête économique pour les indépendants du 9 mai 2008, il résulte que l'assuré n'a pas pu reprendre son activité professionnelle depuis l'accident. Son activité indépendante, qui consistait dans l'entretien de hottes et automates de ventilation, avait bien démarré, mais l'entreprise était encore en pleine phase de lancement lors de l'accident. En raison d'un contexte favorable (situation de quasi monopole pour l'entretien des ventilations de la marque [...], entreprise pour laquelle il travaillait auparavant comme salarié), il a été admis que l'assuré, en bonne santé, pourrait facilement escompter gagner au moins autant comme indépendant que comme salarié. Le revenu hypothétique brut a dès lors été déterminé sur la moyenne des revenus réalisés durant les cinq dernières années, fixée à 99'000 fr. (valeur 2005). S'agissant de la capacité de travail dans l'entreprise, elle était clairement nulle dès lors que celle-ci ne comptait aucun ouvrier et que l'assuré n'était plus en mesure d'effectuer les travaux qui lui étaient confiés. Compte tenu d'un

salaire hypothétique élevé avant l'atteinte à la santé (RS de 99'000 fr. en 2005), le droit aux mesures de reclassement devait être examiné.

Lors d'un entretien du 29 juillet 2008, l'assuré a contesté l'appréciation de l'exigibilité faite par le SMR, indiquant ne pas voir dans quelle activité il pourrait encore travailler à 100 % compte tenu de ses limitations fonctionnelles.

Le 5 septembre 2008, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il prendrait en charge les frais d'un stage d'observation/orientation de trois mois aux ateliers des Etablissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) de Genève.

Dans un rapport du 22 septembre 2008 adressé au Dr H. \_\_\_\_\_ ensuite d'une consultation du 18 septembre 2008, le Dr E. \_\_\_\_\_ relevait, sur le plan subjectif, l'apparition de dysesthésies au niveau de l'épaule droite, de douleurs au niveau des mains dans le territoire du cubital et une augmentation des dysesthésies au niveau des membres inférieurs. La spasticité restait présente. Sur le plan objectif, il notait une modification de la motricité avec récupération totale au niveau du membre supérieur droit. Il existait quelques modifications au niveau de la sensibilité avec apparition de nouvelles zones d'hypersensibilité. Une atteinte du nerf cubital par compression était suspectée des deux côtés. Le Dr E. \_\_\_\_\_ préconisait par ailleurs une IRM, laquelle a été pratiquée le 15 octobre 2008 de même qu'un ENMG. Dans son rapport complémentaire du 28 octobre 2008 consécutif à ces examens, le Dr E. \_\_\_\_\_ mentionnait que l'assuré gardait des séquelles de son atteinte médullaire, sans aucun signe actuel d'une atteinte périphérique au niveau du nerf cubital compte tenu des symptômes évoqués par l'intéressé. L'IRM était rassurante en ce sens qu'il n'existait pas de syringomyélie. En revanche, le canal cervical restait étroit.

Le stage aux EPI a débuté le 27 octobre 2008 mais a été interrompu prématurément le 7 décembre 2008. Le rapport d'observation professionnelle des EPI, daté du 18 décembre 2008, relève chez l'assuré

beaucoup de difficultés à se déplacer, à maintenir durablement une position statique ainsi qu'à manipuler des objets, même simples et légers, les déplacements s'accompagnant d'une forte boiterie. La sensibilité tactile de l'assuré est également défaillante, assortie d'une incapacité à reproduire adéquatement et durablement les gestes enseignés, sous réserve des mouvements de faible amplitude. Très souvent en suradaptation, il montre des signes d'épuisement à plus ou moins long terme. Son rythme est généralement très lent de par son manque de tonus gestuel, aggravé de surcroît par une vivacité intellectuelle défaillante. Le rapport mentionne encore une absence d'autonomie, de maîtrise du français écrit et un faible niveau scolaire, des difficultés de concentration et de mémorisation, peu de logique pratique et théorique, des temps d'apprentissage très longs et pratiquement aucun rendement exploitable même après de longues périodes d'entraînement. Bien que convaincu de son incapacité de travail, l'assuré a collaboré et s'est totalement engagé dans la mesure. Le rapport conclut qu'actuellement, l'état physique et psychique démontré par l'assuré ne permet pas d'envisager une réadaptation professionnelle; seul le domaine tertiaire (travail assis, gestes de faible amplitude, léger, etc.) pourrait être envisagé, mais l'assuré n'en a pas les capacités intellectuelles ni le niveau de connaissances lui permettant d'être rentable (employable); une formation conséquente serait nécessaire (français écrit, logiciels de bureautique ou autres); de plus, sa résistance, son rythme de travail, ses difficultés gestuelles ainsi que ses déplacements très démonstratifs (boiterie) montrent de lui une image incompatible avec le circuit économique normal.

Le 12 janvier 2009, les EPI ont adressé ce rapport de stage à l'OAI, avec la synthèse suivante :

"Le rapport d'observation professionnelle, ci-joint, conclut que M. J. \_\_\_\_\_ MANSOUR ne démontre pas les capacités et les compétences suffisantes pour réintégrer le monde économique usuel.

L'assuré n'est actuellement pas dans une démarche de reclassement professionnel et il estime que son état de santé ne lui permet pas, pour l'instant, d'occuper un emploi, même à temps partiel.

La poursuite de la présente mesure par des stages en entreprise n'était pas justifiée, donc en accord avec l'OAI, nous avons sorti M. J. \_\_\_\_\_ de nos effectifs en date du 07.12.2008, soit 7 semaines avant son terme."

**B.** Le 27 janvier 2009, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision par lequel il se proposait de lui octroyer un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2008 sur la base d'un degré d'invalidité fixé à 47.18%, en tenant compte des perspectives de gain qui étaient encore accessibles à l'assuré dès octobre 2007 malgré ses problèmes de santé, dans des activités simples et répétitives du secteur privé exercées à 100 %. Le revenu d'invalidité a ainsi été arrêté, sur la base des salaires statistiques à 52'283 fr. 77, après un abattement de 15 % tenant compte des limitations fonctionnelles.

L'assuré, représenté par l'avocat Astyanax Peca, a contesté ce projet de décision par courrier du 27 février 2009, en faisant valoir notamment que le stage aux EPI n'avait pas été interrompu de façon unilatérale mais d'un commun accord, en raison d'une augmentation des douleurs et malgré une motivation démontrée tout au long du stage, et qu'une rente entière d'invalidité devait lui être accordée.

Le 2 mai 2009, le Dr H. \_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI un rapport d'évaluation neurologique à lui adressé en date du 22 janvier 2009 par le Prof. R. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Ce rapport mentionnait que l'assuré se plaignait surtout de douleurs de type brûlure, qui s'étaient intensifiées lors du stage aux EPI et correspondaient certainement à une séquelle myélopathique. L'assuré donnait l'impression d'être très souffreteux mais de fait s'était révélé tout à fait adéquat, collaborant normalement à l'examen neurologique, sans signe d'une surcharge. Le Prof. R. \_\_\_\_\_ indiquait qu'il ne pouvait que confirmer le constat d'un déficit séquellaire médullaire cervical qui se caractérisait par une hyperréflexie aux membres supérieurs et surtout aux membres inférieurs avec une démarche tout de même paraspastique, sans déficit significatif sur le plan moteur. Les douleurs de l'avant-bras gauche étaient de type myélopathique; il estimait dès lors qu'une réinsertion professionnelle apparaissait pour le moment extrêmement aléatoire, non pas en raison

d'un déficit éventuellement moteur mais en raison du côté algique médullaire. Le Prof. R.\_\_\_\_\_ concluait en proposant une consultation auprès d'une spécialiste en neuro-anesthésie et antalgie.

Le 11 juin 2009, le Dr H.\_\_\_\_\_ a encore adressé à l'OAI un rapport médical du 11 juin 2009 du Dr Z.\_\_\_\_\_ proposant l'implantation d'électrodes pour traiter les douleurs de l'assuré par stimulation médullaire.

Le 27 juillet 2009, le Dr H.\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que la mise en place des électrodes avait été effectuée, qu'un soutien psychiatrique devenait indispensable en raison d'idées suicidaires et qu'il ne voyait actuellement pas d'alternative à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, du moins aussi longtemps qu'il n'y aurait pas d'amélioration de l'état clinique.

Dans un avis de sortie du 12 août 2009, consécutif à une hospitalisation du 23 juillet au 11 août 2009, le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin assistant auprès du Secteur psychiatrique de X.\_\_\_\_\_, a indiqué que l'assuré avait été adressé à cet établissement en raison d'idées suicidaires scénarisées; un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32) et un trouble de la personnalité, sans précision, (F60.9) avaient été retenus; l'assuré avait le sentiment de ne pas être reconnu dans sa maladie (rente AI partielle) et présentait un discours très revendicateur; il présentait des troubles dépressifs depuis plusieurs semaines ensuite de plusieurs essais de pose d'un neurostimulateur au mois de juin.

Dans un avis médical SMR du 25 septembre 2009, le Dr F.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé semblait s'être aggravé (douleurs et troubles psychiques) et ne paraissait pas stabilisé; des investigations supplémentaires étaient nécessaires.

Dans un rapport du 28 octobre 2009, contresigné par la Dresse L.\_\_\_\_\_, chef de clinique auprès du Secteur psychiatrique de X.\_\_\_\_\_, la Dresse W.\_\_\_\_\_, médecin assistante, a indiqué que depuis sa sortie

de l'hôpital en août 2009, l'assuré était en rupture de suivi et avait été vu une seule fois en consultation, le 21 octobre 2009; étaient posés les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), présent depuis juin 2009 et, sans effet sur la capacité de travail, de trouble de la personnalité, sans précision (F60.9); l'état dépressif actuel semblait faire suite à une problématique somatique importante.

Dans un nouveau rapport du 6 novembre 2009 au Dr H.\_\_\_\_\_, le Dr E.\_\_\_\_\_ a relevé des douleurs neurogènes chroniques et invalidantes, avec une stimulation médullaire partiellement efficace, une insatisfaction de l'assuré par rapport à la stimulation médullaire liée à l'emplacement de la pile ainsi que par rapport à une stimulation dépendante de la position de la tête et du tronc. Le Dr E.\_\_\_\_\_ a également fait mention d'une incontinence urinaire et d'une dysfonction érectile dont l'étiologie n'était pas claire. Au vu de la complexité de la situation, il préconisait un bilan stationnaire auprès de la CRR, avec pour but de préciser s'il existait une incapacité sur le plan psychique, une incapacité sur le plan somatique, éventuellement de déterminer une activité adaptée.

L'assuré a ainsi séjourné du 30 novembre au 15 décembre 2009 dans le service de réadaptation en paraplégié de la CRR pour un bilan global. Dans un rapport médical du 12 janvier 2010 adressé au Dr H.\_\_\_\_\_, le Dr E.\_\_\_\_\_ ainsi que les Drs N.\_\_\_\_\_, neurologue, et C.\_\_\_\_\_, médecin hospitalier, ont posé les diagnostics suivants :

**"DIAGNOSTIC PRIMAIRE**

*Bilan de douleurs neurogènes et de troubles vésico-sphinctériens et sexuels.*

**DIAGNOSTICS SECONDAIRES**

- Chute le 09.02.2007 avec :
- myélopathie compressive C4-C6 dans un contexte de canal cervical étroit sur hernie discale gauche et spondylophite médian C5-C6 (G 99.2; M 50.0)
- tétraplégie spastique incomplète de type ASIA D de niveau neurologique initial C5 ddc (G 82.5)
- vessie et intestins neurogènes (N 31.9; K 59.2)
- troubles sexuels (F 52.2)
- Discectomie complète C4-C5 et C5-C6 avec mise en place d'une cage C espace et d'une plaque ventrale le 16.03.2007 (Z 98.8)

- Mise en place d'un stimulateur médullaire cervical avec deux électrodes octopolaires test cervicales le 15.06.2009. Repositionnement d'une des 2 électrodes octopolaires test cervicales à droite le 22.06.2009. Implantation définitive d'un stimulateur médullaire cervical le 29.06.2009 (Z 98.8)
- Episodes dépressifs avec syndrome somatique, troubles de la personnalité sans précision (F 32.9)."

S'agissant de l'état de santé physique de l'assuré, le rapport retient, du point de vue urologique, l'hypothèse la plus probable d'une surdistension vésicale chronique. Un PAD test a donné des résultats correspondant à une incontinence sévère, celle-ci ne trouvant toutefois guère de substrat sur le plan paraclinique. Sur le plan sexuel, les examens pratiqués ont permis de conclure que les troubles érectiles étaient davantage psychogènes qu'organiques. Sur le plan neurologique, il est relevé une diminution de la mobilité passive au niveau de la hanche droite, ces limitations étant dues aux douleurs, de même qu'une diminution de la vitesse de marche, de la longueur du double-pas, de la régularité du pas ainsi que du cycle de marche, avec encore une perturbation bilatérale de l'extension de la hanche en appui et de la flexion du genou au contact initial à gauche. Un ENMG des quatre membres a permis d'écarter une participation d'origine périphérique, notamment tronculaire du médian ou du cubital, aux dysesthésies et aux troubles moteurs des membres supérieurs, le bilan étant superposable à celui effectué le 15 octobre 2008, dans le cas d'une myélopathie cervicale traumatique avec atteinte corticospinale et cordonale postérieure, aux quatre membres. Une radiographie de la hanche droite réalisée en raison d'une douleur et d'une certaine diminution de la mobilité passive se révèle sans particularité.

En ce qui concerne l'état de santé psychique de l'assuré, le rapport se réfère à l'appréciation du Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, chef de service à la CRR, en ces termes :

"Celui-ci conclut à une décompensation aiguë psychiatrique avec risque suicidaire au lendemain d'une intervention avec pose d'un neurostimulateur médullaire, ce qui l'a conduit en hôpital psychiatrique avec mise en route d'un suivi ambulatoire par la suite. Sous traitement comprenant un neuroleptique sédatif (Truxal et un hypnotique) le patient se trouve dans une phase où prédomine un

fort sentiment de préjudice avec attente de réparation. Le patient peut tout de même se projeter dans un avenir professionnel à moyen terme, malgré ses difficultés physiques actuelles ainsi que divers problèmes familiaux et socio-financiers. Dans le contexte du présent séjour il n'y a pas de traitement spécifique à proposer hormis la poursuite du suivi ambulatoire."

A ce rapport était joint un rapport de consilium psychiatrique établi le 4 janvier 2010 par le Dr G. \_\_\_\_\_ dont il ressort en particulier ce qui suit :

"Ce patient est admis pour un séjour de bilan évolutif dans le contexte de tétraplégie incomplète apparue dans les suites de deux chutes de sa hauteur en début 2007. L'histoire médicale, décrite au dossier, n'est pas reprise ici. Dans les éléments récents, il y a eu cependant l'implantation d'un neurostimulateur médullaire, en juin 2009.

Anamnestiquement, cette intervention a été catastrophique, avec inefficacité concernant les douleurs, complication locale avec hématomes au niveau des cuisses, et apparition des deux principales plaintes actuelles, à savoir une incontinence urinaire et une impotence sexuelle.

A l'observation actuelle, on est face à un homme vigile et orienté, sans trouble attentionnel ni mnésique. Le discours actuel est centré sur l'implantation du neurostimulateur médullaire qu'il juge comme catastrophique à tous niveaux. Il dit avoir entrepris diverses démarches de dialogues envers l'opérateur, sans avoir jusqu'ici reçu les réponses à ses questions. Une procédure judiciaire est aujourd'hui envisagée. La thymie actuelle n'est que légèrement abaissée chez un patient plutôt combatif. Au niveau émotionnel, ce sont plutôt la colère et la rancœur qui sont au premier plan, avec des "bouffées de tristesse" occasionnelles, en réaction aux événements. Il n'y a pas d'élément pour un trouble psychotique. Concernant les traits de personnalité, on relèvera une sensibilité forte aux critiques ainsi qu'une tendance rancunière.

#### **Discussion**

Il s'agit donc d'un patient de 51 ans, connu pour une tétraplégie incomplète depuis 2007 chez qui une implantation d'un neurostimulateur médullaire en juin 2009 a conduit, anamnestiquement, à des catastrophes, dont des troubles urinaires et sexuels.

Du point de vue psychiatrique, au lendemain de cette intervention, le patient a présenté une décompensation aiguë avec risque suicidaire, ce qui l'a conduit en hôpital psychiatrique avec mise en route d'un suivi ambulatoire par la suite.

Sous le traitement comprenant un neuroleptique sédatif (Truxal) et un hypnotique (Stilnox) le patient se trouve actuellement dans une phase où prédomine un fort sentiment de préjudice, avec attente de réparation. Le patient peut tout de même se projeter dans un avenir professionnel à moyen terme, malgré ses difficultés physiques actuelles ainsi que divers problèmes familiaux et socio-financiers.

Dans le contexte du présent séjour, je n'ai pas de traitement spécifique à proposer."

Dans un avis médical SMR du 19 février 2010, le Dr F. \_\_\_\_\_ précise avoir interpellé le Dr E. \_\_\_\_\_ s'agissant de la capacité de travail, non mentionnée dans le rapport de la CRR. Son confrère a indiqué ne pouvoir se prononcer, précisant que la situation était bien compromise au vu de l'atteinte narcissique (pertes au plan neurologique, dysfonction érectile, incontinence urinaire, douleurs etc...) et de l'énergie dépensée par l'assuré dans le cadre de la plainte qu'il envisageait de déposer à l'encontre du Dr Z. \_\_\_\_\_. Le Dr F. \_\_\_\_\_ a dès lors préconisé à l'OAI de demander un nouveau rapport médical à la Dresse W. \_\_\_\_\_, qui n'avait vu l'assuré qu'à une seule occasion le 21 octobre 2009. Dans un rapport médical du 8 mars 2010 adressé à l'OAI, cette praticienne et sa consœur V. \_\_\_\_\_ ont répondu comme suit aux questions posées :

## **"1. Evolution subjective**

On peut dire que l'évolution est stable, sans grande amélioration, hormis le fait d'une acceptation un peu plus grande dans son handicap physique actuel. Il peut actuellement entrevoir un avenir en tenant compte de son handicap. Il reste très revendicateur par rapport à cette intervention chirurgicale, avec l'impression d'avoir été trahi et amputé d'une partie de lui-même.

## **2. Status clinique psychique détaillé**

Il est superposable au dernier.

## **3. Traitement médicamenteux et compliance (dosages sériques)**

M. J.\_\_\_\_\_ est au bénéfice d'une médication de Truxal 15 mg, 3 fois par jour, de Zolpidem, 10 mg par jour, ainsi que de Saroten 25 mg par jour. Ce dernier médicament devrait être augmenté prochainement afin d'atteindre un dosage antidépresseur.

Nous n'avons pas réalisé de dosage sérique, n'ayant pas d'élément faisant suspecter une compliance douteuse chez M. J.\_\_\_\_\_.

## **4. Capacité de travail au seul plan psychiatrique**

100%.

## **5. Limitations fonctionnelles psychiatriques**

Comme mentionné dans notre rapport précité, les limitations fonctionnelles psychiatriques découlent essentiellement d'une symptomatologie dépressive avec des troubles du sommeil, une fatigue et des difficultés à se concentrer. Nous constatons également une certaine rigidité dans la manière de fonctionner de M. J.\_\_\_\_\_. Des éléments caractériels et procéduriers avec une tendance à un léger sentiment de persécution semblent entrer dans le cadre d'un trouble de la personnalité qui jusqu'à il y a deux ans, n'a pas handicapé ou entravé le fonctionnement de M. J.\_\_\_\_\_. Suite à l'accident et à la pose de ce stimulateur médullaire, les défenses de M. J.\_\_\_\_\_ semblent être plus mises à mal et entraînent une rigidité actuelle dans son fonctionnement qui pourrait éventuellement entraver le fonctionnement professionnel de M. J.\_\_\_\_\_.

Nous pensons toutefois que les éléments mentionnés ci-dessus sont secondaires à une problématique physique qui agit comme un facteur de stress important pour M. J.\_\_\_\_\_."

Dans un avis médical du 11 mai 2010, le Dr F.\_\_\_\_\_ est finalement parvenu aux conclusions suivantes :

"Tant le psychiatre de la CRR en décembre 2009 que la Dresse W.\_\_\_\_\_ attestent une pleine CT au plan psychiatrique. Il y a eu une aggravation temporaire avec un épisode, dépressif moyen de type réactionnel, qui a nécessité 3 semaines d'hospitalisation en milieu psychiatrique en août 2009 et dont l'évolution a été favorable; on peut estimer une IT entière inférieure à 3 mois, puisqu'au 21.10.2009 le status clinique était le même qu'en février-mars 2010, période à laquelle la Dresse W.\_\_\_\_\_ estimait la CT entière.

En l'absence d'aggravation au plan somatique (l'échec de la pose du stimulateur médullaire n'a pas entraîné d'aggravation au plan somatique), l'exigibilité médicale reste celle retenue dans le rapport d'examen SMR du 18.02.2008, à savoir 0% en tant qu'installateur sanitaire indépendant et 100% dans toute activité adaptée."

Le 28 juin 2010, l'OAI a informé l'assuré que celui-ci recevrait prochainement une décision formelle identique au projet de décision

d'octroi d'un quart de rente du 27 janvier 2009, les objections formulées par l'assuré contre ce projet de décision devant être rejetées pour les motifs suivants :

"Effectivement, vous n'avez pas les capacités requises pour vous former dans une activité dans le domaine tertiaire. C'est pourquoi nous avons retenu comme revenu d'invalidé une activité simple et répétitive.

C'est effectivement au médecin de déterminer dans quelle mesure la personne assurée est limitée par l'atteinte à sa santé dans ses fonctions corporelles. Le Service médical régional (SMR) s'est prononcé à ce sujet et les conclusions sont les suivantes : la capacité de travail dans une activité adaptée est de 100% dès octobre 2007.

Les limitations fonctionnelles retenues sont : marche au-delà de 100 mètres, escaliers répétés, échelles, escabeaux, à genoux, accroupi, porte-à-faux du rachis, port de charges répété au-delà de 6 kg, positions statiques assis/debout, manipulation fine demandant une grande dextérité. Par contre, il incombe au conseiller en réadaptation de définir s'il existe des activités compatibles avec les limitations relevées par le SMR.

Comme activités, non ou peu qualifiées, répondant à ces limitations, nous pouvons retenir comme exemple les descriptifs de postes suivants :

- employé d'exploitation opérateur
- employé de production, alimentation de machines
- serveur aux presses et contrôle
- contrôleur au filmage et emballage
- employé opérateur galvanisation
- employé chauffeur-livreur
- employé caissier
- employé (aide à l'atelier de production)

Nous tenons également à relever que conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, l'âge, le manque de qualifications et le défaut de connaissances linguistiques de l'assuré ne constituent pas des facteurs dont il doit être tenu compte pour la fixation du taux d'invalidité (ATF 107 V 17 consid. 2c, RCC 1982 p. 34).

En outre, tant la Fondation B.\_\_\_\_\_ (Dresse W.\_\_\_\_\_) que le psychiatre de la CRR (Clinique romande de réadaptation SUVA) attestent une pleine capacité de travail au plan psychiatrique. Il y a eu une aggravation temporaire avec un épisode dépressif moyen de type réactionnel, qui a nécessité trois semaines d'hospitalisation en milieu psychiatrique en août 2009 et dont l'évolution a été favorable.

On peut donc estimer une incapacité de travail entière inférieure à trois mois, puisqu'au 21 octobre 2009, le status clinique est le même qu'en février-mars 2010, période à laquelle la Fondation B.\_\_\_\_\_ (Dresse W.\_\_\_\_\_) estimait une entière capacité de travail.

Nous signalons, toutefois, de nouvelles limitations fonctionnelles retenues sur le plan psychiatrique par les psychiatres de la Fondation B.\_\_\_\_\_ : fatigue, difficultés de concentration, certaine rigidité de fonctionnement.

Toutefois, en l'absence d'aggravation au plan somatique (l'échec de la pose du stimulateur médullaire n'a pas entraîné d'aggravation au

plan somatique), l'exigibilité médicale reste celle retenue précédemment, à savoir 0% en tant qu'installateur sanitaire indépendant et 100% dans toute activité adaptée.

En outre, les nouvelles limitations fonctionnelles n'ont pas véritablement de retentissement significatif sur votre capacité de travail résiduelle."

Par courrier du 14 juillet 2010 adressé à l'OAI, le Dr H. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'une expertise neurochirurgicale était en cours et qu'en l'état, l'incapacité de travail était totale dans toute activité en raison de troubles psychiques, d'une détresse profonde et de troubles urogénitaux.

Le 15 juillet 2010, la Dresse W. \_\_\_\_\_ a écrit ce qui suit à l'OAI :

"Nous vous écrivons suite à deux entretiens que la Dresse W. \_\_\_\_\_ a eus avec Monsieur J. \_\_\_\_\_ les 6 et 9 juillet 2010 où celui-ci se trouvait dans un état d'agitation avancé, du fait disait-il, du refus de l'office d'entrer en matière pour une nouvelle rente AI et même de maintenir l'actuelle.

Il est alors apparu décompensé, persécuté et suicidaire. Après réflexion et dans ce contexte, nous ne pouvons exclure que nous ayons sous-estimé les répercussions psychopathologiques que l'intervention chirurgicale de 2009 a eues notamment sur la capacité de travail. Des troubles d'allure paranoïaque, tels qu'ils sont apparus à plusieurs reprises comme mentionné dans notre précédent rapport, et de manière exacerbée lors des dernières consultations ne sont pas de bon augure pour une insertion professionnelle. Nous ne savons par ailleurs pas si le patient souffrait ou non d'un trouble de la personnalité avant l'intervention mais il est certain qu'il va plus mal et consulte en psychiatrie depuis cette opération. Il apparaît donc et dès lors que le meilleur moyen d'évaluer sa capacité de travail serait de l'insérer dans une équipe et devrait se faire dans le cadre d'un stage tel que ceux que vous organisez. Comme nous avons souvent pu l'observer et nous en réjouis, ceci serait beaucoup plus fiable qu'une appréciation faite en entretien."

Le 19 juillet 2010, l'OAI a rendu une décision formelle identique à son projet de décision d'octroi d'un quart de rente du 27 janvier 2009.

Dans un rapport de consultation neurologique adressé le 27 juillet 2010 au Dr H. \_\_\_\_\_, le Prof. R. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit :

"J'ai longuement revu ce patient, il a toujours la même intensité des douleurs, il est complètement déprimé, à juste titre, du fait qu'il m'a présenté la réponse que l'Office AI a adressée à Procac CCAS qui

conteste complètement son invalidité. (...) donc nous sommes dans une impasse sur le plan de la décision de l'office AI qui s'est "fixé" peut-être uniquement sur l'évaluation psychiatrique, alors que les conséquences neurologiques sont évidentes, le rapport de la Clinique romande de réadaptation fait foi.

Rappelons que ce patient a un status après une discectomie complète C4-C5, avec mise en place de plaques pour une myélopathie dans le cadre d'un canal cervical étroit, qui avait engendré en plus une tétraplégie spastique au niveau initial C5, une vessie neurogène, des troubles sexuels, des violentes douleurs, avec échec du stimulateur médullaire cervical qui devrait être enlevé.

Le patient n'arrive pas à dormir, a des céphalées ensuite bifrontales, a toujours ces mêmes douleurs aux membres supérieurs et surtout aux membres inférieurs. Aimerais bien reprendre un peu d'activité professionnelle, mais au moins être soulagé des douleurs.

Je lui ai proposé de prendre entre-temps du Sirdalud 2 mg au coucher dès le 19 juillet, 4 mg dès le 1<sup>er</sup> août.

Il me donnera un suivi téléphonique.

J'espère que l'on puisse enlever son matériel de stimulateur cervical qui n'est plus utile, qu'on puisse quelque peu le soulager sous Sirdalud et de revoir surtout cette décision du dossier AI."

Dans un avis médical SMR du 28 juillet 2010, le Dr F. \_\_\_\_\_ a estimé que les courriers du Dr H. \_\_\_\_\_ du 14 juillet 2010 et de la Dresse W. \_\_\_\_\_ du 15 juillet 2010 n'apportaient pas d'éléments nouveaux. Dans un avis médical SMR du 16 août 2010, le Dr P. \_\_\_\_\_ a estimé qu'il en allait de même du courrier du Prof. R. \_\_\_\_\_ du 27 juillet 2010. Le 16 août 2010, l'OAI a dès lors informé l'assuré que la décision du 19 juillet 2010 était maintenue.

**C.** L'assuré, représenté par Procap Service juridique, a recouru contre la décision de l'OAI du 19 juillet 2010 par acte du 3 septembre 2010, posté le même jour. Il conclut avec suite de frais et dépens principalement à la réforme de la décision attaquée dans le sens de la constatation de son droit à des prestations, et subsidiairement à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, expertise médicale et nouvelle décision au sens des considérants. A titre de mesures d'instruction, le recourant sollicite la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Le 16 novembre 2010, le recourant a produit copie d'un rapport d'expertise hors procès adressé le 11 octobre 2010 à la Juge de

paix du district de la Riviera et du Pays d'Enhaut par le Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, dont il ressort notamment ce qui suit :

"Je constate que ce patient souffre d'une myélopathie cervicale depuis l'accident, et qu'un dysfonctionnement vésical puisse ne pas avoir été détecté par le patient. Le dysfonctionnement vésical s'est aggravé après l'implantation du neurostimulateur et différents facteurs peuvent être actuellement décrits comme responsables.

Il peut s'agir d'une aggravation liée au fait d'avoir subi une anesthésie générale, d'avoir reçu la prescription d'antalgique majeur (Oxycontin) mais également du fait que le patient a reçu dans ses traitements des médicaments dont les effets secondaires peuvent avoir des conséquences sur l'érection et le fonctionnement vésical en particulier le Neurotin, le Truxal et le Saroten.

J'ai constaté par ailleurs que ce patient est fortement handicapé par une tétraparésie spastique, et qu'il est gêné par un neurostimulateur qui dysfonctionne. L'acceptation de ce corps étranger est donc mauvaise, et son ablation pourrait avoir des effets bénéfiques sur le plan psychologique.

Dans ce contexte il m'apparaît et ceci est bien entendu un commentaire libre, que ce patient n'est actuellement pas en capacité de travail, et que l'Office de l'invalidité devrait revoir sa position et proposer une nouvelle expertise au patient sur le critère des capacités de travail actuelles compte tenu de ses formations antérieures et de ses capacités physiques."

Dans sa réponse du 6 décembre 2010, l'OAI indique n'avoir rien à ajouter à la décision susmentionnée, qu'il ne peut que confirmer. En particulier, il estime que l'expertise neurochirurgicale du Dr Y.\_\_\_\_\_ du 11 octobre 2010 n'est pas de nature à remettre en question ses conclusions et renvoie à cet égard à un avis médical SMR établi le 26 novembre 2010 par le Dr F.\_\_\_\_\_, dont la teneur est la suivante :

"Vous demandez si le rapport d'expertise daté du 11.10.2010, signé par le Dr Y.\_\_\_\_\_, neurochirurgien FMH, adressé à la Justice de Paix, effectué dans le cadre du conflit mettant aux prises l'assuré et le Dr Z.\_\_\_\_\_, apporte des éléments pertinents sur le plan médical.

Réponse : NON, elle n'apporte pas d'élément médical nouveau. L'expert écrit en page 10 : "Dans ce contexte il m'apparaît, et ceci est bien entendu un commentaire libre, que ce patient n'est actuellement pas en capacité de travail". Ceci est en effet une appréciation personnelle qui sort du cadre de l'expertise, d'autant plus que le Dr Y.\_\_\_\_\_ ne donne aucun status clinique et n'étaye pas pour quelles raisons il se prononce ainsi."

L'OAI propose dès lors le rejet du recours.

Dans sa réplique du 10 janvier 2011, le recourant a intégralement confirmé les conclusions, faits, moyens et réquisitions de preuve de son recours.

**D.** Une expertise bidisciplinaire, neurologique et psychiatrique, a été ordonnée et confiée au S. \_\_\_\_\_ (ci-après : S. \_\_\_\_\_), qui a accepté la mission le 14 mars 2011. En l'absence de récusation, l'expertise a été mise en oeuvre début avril 2011.

Le 10 juin 2011, le S. \_\_\_\_\_ a indiqué que le recourant avait fait clairement connaître à l'expert son désir d'enlever son stimulateur médullaire qui était au centre de sa problématique actuelle, que l'évaluation globale de sa problématique serait totalement différente si une telle démarche devait être effectuée, et qu'il convenait ainsi d'attendre et de connaître la position du recourant avant que les experts puissent se déterminer quant à ses capacités de réinsertion. Il a précisé que dès que la situation se serait clarifiée, il rendrait ses conclusions dans les plus brefs délais.

Le 15 juin 2011, le juge instructeur a indiqué au S. \_\_\_\_\_ que la proposition tendant à attendre de connaître la position du recourant et de ses médecins en ce qui concernait un éventuel retrait de son stimulateur médullaire pour répondre aux questions qui étaient posées au S. \_\_\_\_\_ dans le cadre de l'expertise judiciaire apparaissait judicieuse, et qu'il attendait donc les conclusions des experts dès que la situation se serait clarifiée.

Le même jour, le recourant a produit un certificat médical du 1<sup>er</sup> juin 2011 signé des Dresses A. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ attestant de ce qu'elles n'avaient jamais été amenées à faire de certificat d'incapacité de travail, l'assuré ayant été mis à l'arrêt de travail pour des raisons somatiques avant leur intervention. Elles relevaient cependant que la problématique psychiatrique de l'intéressé était de nature à entraver sa capacité de travail en tout cas au cours des derniers mois.

Dans le cadre de l'examen du retrait du stimulateur médullaire, le recourant a été reçu le 24 juin 2011 par le Prof. I. \_\_\_\_\_, médecin-chef du Service d'anesthésiologie et d'antalgie de l'Ensemble hospitalier [...]. En date du 28 juin 2011, le Prof. I. \_\_\_\_\_ a fait part à son confrère, le Prof. R. \_\_\_\_\_, de son appréciation au terme d'une entrevue du 24 juin 2011 avec le recourant. Il en ressort ce qui suit :

"A l'évidence, il existe quelques divergences selon que l'anamnèse est donnée par le patient ou par les différents médecins qui s'en sont occupés. Ma compréhension des choses est que Monsieur J. \_\_\_\_\_ présente un canal cervical étroit qui, à la faveur d'une ou plusieurs chutes, s'est décompensé avec à la clef une myélopathie. Cette atteinte neurologique est responsable des douleurs neuropathiques (à caractère de brûlures) des extrémités, de même que des troubles urinaires et de l'érection.

La stimulation médullaire est une option rationnelle dans ce contexte et, sur la base des documents auxquels j'ai eu accès, l'implantation du dispositif s'est déroulée conformément à l'état de l'art, même si indiscutablement des complications mineures et a priori imprévisibles se sont produites.

Cela dit, il y a à l'évidence un problème de communication extrêmement important qui fait que la situation est bloquée et que, du point de vue de Monsieur J. \_\_\_\_\_, il est actuellement impossible d'accepter que les médecins ne soient pas responsables, en partie tout au moins, de la détresse dans laquelle il se trouve.

A l'évidence, l'efficacité du stimulateur a été nettement surévaluée, comme est exagérée d'ailleurs l'importance des complications qui sont intervenues dans le processus d'implantation.

A mon avis, il est très peu probable que le stimulateur en tant que tel soit responsable de l'incontinence et a fortiori de l'impuissance du patient. Il est en revanche possible, que la stimulation cordonale en région cervicale entraîne des modifications mictionnelles, mais celles-ci ne devraient pas durer au-delà de l'arrêt du stimulateur.

S'agissant du fonctionnement de l'appareil lui-même, je ne suis pas en mesure de me prononcer, cet appareil étant fabriqué par la compagnie Q. \_\_\_\_\_, dont les produits ne sont pas utilisés dans le cadre du Centre d'Antalgie de l'Hôpital [...]. Toutefois, j'ai demandé au technicien de la compagnie de bien vouloir examiner le stimulateur de Monsieur J. \_\_\_\_\_ afin de vérifier son bon fonctionnement, le cas échéant de m'indiquer quels sont les problèmes rencontrés. Incidemment, l'enregistrement des périodes d'utilisation au cours des dernières semaines ou des derniers mois pourrait également être utile afin de conseiller Monsieur J. \_\_\_\_\_ quant aux avantages qu'il pourrait tirer de l'ablation du système.

Finalement, il semble que l'Assurance Invalidité ait, pour la deuxième fois, refusé l'octroi d'une rente, ce qui me paraît inconcevable. Il m'apparaît en effet incontestable que ce patient souffre d'une tétraparésie spastique qui, à elle seule constitue une invalidité significative. A cela s'ajoutent des douleurs chroniques également incontestables sans parler du désarroi psychique bien documenté. S'il était un point où l'on pourrait aider Monsieur J. \_\_\_\_\_ de façon efficace, ce serait probablement de faciliter l'obtention d'une rente AI appropriée."

Toujours en date du 28 juin 2011, le Prof. I. \_\_\_\_\_ sollicitait du fabricant Q. \_\_\_\_\_ l'examen du système de stimulation médullaire du recourant. Dit examen a été mis en place le 19 juillet 2011. Il en est ressorti, selon rapport de K. \_\_\_\_\_ du 25 juillet 2011, que le neurostimulateur ne présentait pas de défaut de fonctionnement, ni de message d'erreur, que le patient ressentait la stimulation et que celui-ci l'avait utilisé durant 12'788 heures depuis son implantation le 11 juin 2009, l'utilisation étant quotidienne selon le recourant. Le Prof. I. \_\_\_\_\_ a transmis ces informations au Prof. R. \_\_\_\_\_ en précisant que les impédances de contact étaient toutes normales à l'exception des contacts n° 1 et 2, ce qui demeurait sans importance faute d'utilisation de ceux-ci dans la programmation.

Par courrier du 15 août 2011, le recourant a signifié au S. \_\_\_\_\_ une perte d'équilibre consécutive au réglage du stimulateur effectué par le technicien de la société Q. \_\_\_\_\_, entraînant une fracture du pied droit avec port d'un plâtre pendant six semaines.

Les experts du S. \_\_\_\_\_, soit la Dresse U. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, et le Dr AX. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, ont déposé leur rapport le 29 février 2012. Ils ont posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de :

- status après implantation d'électrodes octopolaires cervicales les 15 et 22 juin 2009 et implantation définitive d'un stimulateur médullaire le 29 juin 2009;
- status après myélopathie compressive C4-C6 avec contusion médullaire sur hernies discales C4-C5 et C5-C6 (G99.2) depuis février 2007;
- status après mise en place de cages et d'une plaque C4-C5 et C5-C6 le 16 mars 2007;
- tétraparésie de type ASIA D (G83.9) depuis mars 2007;
- personnalité paranoïaque, mal compensée, (F60.0), présente depuis jeune adulte, mal compensée depuis juin (sic) 2010.

Au titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont mentionné un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.00), présent depuis août 2009 (épisode dépressif moyen de juillet 2009 à

novembre 2009; dès 2010 épisode dépressif léger) et un syndrome de dépendance au tabac. Sur le plan somatique, l'expert AX.\_\_\_\_\_ a notamment relevé ceci :

"L'examen neurologique de ce jour met en évidence un syndrome tétrapyramidal prédominant largement aux membres supérieur et inférieur droit. Il existe une parésie discrète mais indiscutable associée à une spasticité, une hyperréflexie ainsi qu'un signe de Babinski à droite. Enfin, je relève l'existence de troubles de la sensibilité diffus qu'il est difficile d'analyser avec précision compte tenu de l'existence d'une majoration. En effet, il allègue une diminution de la sensibilité de l'ensemble de l'hémicorps droit y compris la face. Au niveau du scrotum et du pénis, il déclare ne rien ressentir et que cette sensibilité redevient normale à la ligne du slip. Au niveau de la marge anale, il existe une paresthésie s'arrêtant horizontalement juste au niveau de la jonction lombo-sacrée. Les réflexes bulbo-caverneux et anaux sont présents.

Lors de l'enclenchement de l'appareil (stimulateur médullaire), je constate aussi l'accentuation de son syndrome pyramidal, l'existence de myoclonies témoignant d'une stimulation importante des voies cortico-spinales droites. Ceci semble varier en fonction de la position de la tête. Le Docteur I.\_\_\_\_\_ nous confirmera l'état de son montage dans le cadre de sa consultation du 20 juin.

Après l'examen de l'assuré au S.\_\_\_\_\_, le Pr I.\_\_\_\_\_ avec la collaboration de Mr K.\_\_\_\_\_ de la société Q.\_\_\_\_\_, et notamment l'évaluation du système électrique du neurostimulateur, confirment l'intégrité et la bonne fonction du montage. 2 électrodes sont non fonctionnelles. Renseignements pris dans le cadre du Congrès [...] à [...] le 24.09.11, des spécialistes de la société Q.\_\_\_\_\_ "monde" évoquent la possibilité théorique d'une connection défectueuse au niveau du boîtier. Ces réflexions sont transmises au Pr I.\_\_\_\_\_ qui conclut, durant le mois de décembre 2011, à l'impossibilité d'un tel dysfonctionnement. Pour lui, les plaintes sphinctériennes et sexuelles ne sont pas attribuables à la fonction ou une éventuelle dysfonction du neurostimulateur. Des renseignements sont donc de nouveau demandés à Q.\_\_\_\_\_, auprès de Monsieur [...], qui me signale que les radiographies transmises ne représentent pas une situation réelle et ne peuvent donc pas être corrélées avec des données cliniques. Il s'agit simplement d'images de contrôle, sans plus. Ces éléments corroborent donc la position du Pr I.\_\_\_\_\_.

En conséquence du point de vue neurologique, nous ne retenons pas d'aggravation objective de son état. Son état douloureux se serait aggravé entre 2008 et 2009 comme en témoigne le rapport du Dr E.\_\_\_\_\_ du 22.09.2008. Nous relevons les doléances de l'assuré quant à son aggravation suite à la pose du neurostimulateur définitif le 29.06.2009 sans les expliquer sur une base organique. Cette position est acceptée par le Pr I.\_\_\_\_\_ avec lequel nous avons eu plusieurs contacts téléphoniques. Mr K.\_\_\_\_\_ de la société Q.\_\_\_\_\_ e confirme le bon fonctionnement du neurostimulateur et relève le fait que les paramètres de l'appareil n'ont pas été modifiés comme l'allègue Mr J.\_\_\_\_\_.

Il existe de nombreux éléments de majoration constatés durant cette expertise, notamment à l'examen de la sensibilité du sujet, l'allégation du sujet quant à l'apparition de troubles de l'équilibre

survenus à la suite de modifications des paramètres du stimulateur par Mr K. \_\_\_\_\_ (qui n'ont pas été effectuées, cette information a été directement transmise à l'expert) ainsi que les troubles sphinctériens demeurés sans diagnostic en dépit des exhaustives investigations à la CRR à Sion le 12.01.10.

Enfin nous sommes perplexes quant aux plaintes des méfaits engendrés par l'utilisation du stimulateur, d'autant plus qu'il a été utilisé souvent par l'expertisé, comme le confirment les contrôles réalisés par Mr K. \_\_\_\_\_ de Q. \_\_\_\_\_ (...l'appareil a fonctionné pendant 12'788 heures ce qui représente un taux d'utilisation de 69.56%...)."

Sur le plan psychiatrique, l'experte U. \_\_\_\_\_ a pour sa part observé plus particulièrement ce qui suit :

"A l'examen clinique de ce jour, Monsieur est calme et collaborant; son discours est cohérent, sans troubles formels de la pensée. Des revendications majeures et un sentiment d'injustice importants sont relatés avec une propension à interpréter et déformer certains événements. Une tendance rancunière est également présente avec le sentiment d'avoir été victime d'un préjudice grave, associée à un sens tenace et combatif de ses propres droits; ces éléments correspondent à une personnalité paranoïaque, actuellement mal compensée.

A relever le jour de l'expertise un taux de quétiapine non thérapeutique, compatible avec un métabolisme rapide et/ou une compliance partielle.

La majoration décrite par l'expert neurologue fait partie du trouble de la personnalité et correspond à une interprétativité des symptômes.

Sur le plan de la thymie, l'humeur est abaissée, Monsieur présente une perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, une diminution de la confiance en soi, des idées suicidaires que Monsieur est en mesure de contrôler en pensant à ses enfants et des troubles du sommeil. Ces symptômes correspondent à un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique.

La personnalité paranoïaque, mal compensée, entraîne comme limitations une interprétativité, un vécu persécutoire, une vulnérabilité au stress, des conflits relationnels fréquents et une réduction des capacités adaptatives. Ces limitations interfèrent de 50% dans toute activité.

L'épisode dépressif sans syndrome somatique n'entraîne pas de limitation et n'est pas incapacitant."

Après discussion consensuelle, les experts ont retenu une incapacité de travail définitive de 100 % dès le 09.02.2007 dans l'activité de monteur sanitaire, ceci pour des raisons neurologiques, et une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée dès octobre 2007. A partir du 29 juin 2009, soit de la pose du neurostimulateur, l'incapacité de travail était de 100 % dans toutes activités, ceci pour des raisons neurologiques, si l'on

retenait les allégations de l'assuré quant aux désagréments engendrés par le stimulateur en lui-même. En revanche, selon les experts, si dits désagréments n'étaient pas aussi importants pour l'assuré, sa capacité de travail dans une activité adaptée serait certainement bien meilleure, probablement de l'ordre de 100 % sur le plan neurologique. Enfin, à partir de juillet 2010 devait être retenue une incapacité de travail de 50 % sur le plan psychiatrique, sans diminution de rendement.

S'agissant de l'influence de ces troubles sur la capacité de travail, plus exactement des limitations quantitatives et qualitatives en relation avec les troubles, les experts ont relevé, sur le plan physique, des limitations inhérentes à la myélopathie cervicale avec un syndrome tétrapyramidal prédominant à droite ainsi que des douleurs d'ordre neuropathique à l'origine de la pose du neurostimulateur. Du point de vue objectif, les experts ont retenu les limitations constatées dans le cadre de l'évaluation du recourant aux ateliers EPI, soit des difficultés dans la dextérité manuelle, une lenteur et des troubles inhérents à son syndrome pyramidal. En relation avec les allégations du recourant quant à une aggravation de son état de santé à la suite de la pose du neurostimulateur, les experts observent ce qui suit :

"(...) nous ne retenons pas de limitation objective comme souligné par les Drs Y. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_, et ceci malgré les allégations de l'assuré. Ceci est basé sur les différentes constatations, discussions et réflexions quant aux effets nocifs de celui-ci soulignés par l'assuré et des faits connus des effets secondaires de ce type d'appareillage. Il convient toutefois de souligner que si le stimulateur est activé, des myoclonies apparaissent témoignant ainsi de l'existence d'une stimulation des faisceaux pyramidaux. Celle-ci est plus importante selon la position de la nuque de l'expertisé. Ces éléments sont classiques dans ce contexte et ne témoignent pas d'une dysfonction ou d'un défaut de l'appareillage en place. Ils sont liés au fait que les électrodes peuvent se déplacer lors de la mobilisation de la nuque, problème classiquement rencontré dans ces contextes."

Les limitations physiques entraînent à dire d'experts une incapacité totale de travailler dans l'ancienne activité de monteur sanitaire, ce depuis février 2007, et une activité adaptée est très difficilement envisageable, voire empêchée actuellement, en raison de l'intrication des troubles neurologiques et psychiatriques. Plus particulièrement, la capacité résiduelle de travail sur le plan psychique est évaluée à 50 % en toutes

activités, sans diminution de rendement, ce depuis juillet 2010, et sur le plan physique, les experts observent ce qui suit :

"Théoriquement une activité sédentaire ou de manutention légère sont possibles comme relevé par de nombreux intervenants. Toutefois à la suite de la pose du neurostimulateur le 29.06.2009, nous assistons à un changement du tableau avec le développement d'un tableau psychiatrique et de majoration de ses troubles. Son examen neurologique objectif demeure par contre tout à fait stable. De ce fait nous concluons que l'association de ces 2 pathologies le rend actuellement totalement incapable d'effectuer une activité professionnelle continue. Cette position devra probablement être revue si le stimulateur était retiré. Nous suggérons aussi l'essai d'un traitement par du Palexia®. En effet cette molécule possède des propriétés antalgiques tout à fait uniques et agit aussi sur les voies descendantes modulatrices de la douleur, pouvant ainsi offrir une démarche antalgique nouvelle à l'assuré. Nous proposons donc de revoir la situation d'ici 1 an selon le développement de son état.

[...]

Au total il existe une diminution du rendement, si l'on en croit les observations de Monsieur [...], chef de secteur, EPI du 12.01.2009, elle ne semble pas être compatible avec une activité professionnelle suivie, soutenue. Toutefois du point de vue neurologique pur nous ne constatons pas de changement objectif de son état. L'aggravation est la conséquence de l'intrication de ses troubles psychiatriques et neurologiques sans qu'ils puissent être totalement dissociés."

S'agissant de l'évolution du degré d'incapacité de travail, les experts ont mentionné, sur le plan physique, une incapacité totale en tant que monteur sanitaire depuis le 9 février 2007 et en toute activité depuis le 29 juin 2009 et, sur le plan psychique, une incapacité de travail sur de courtes périodes en 2009 et de 50 % depuis juillet 2010. L'experte psychiatre précise que le trouble de personnalité paranoïaque, mal compensée, interfère en partie sur l'adaptation professionnelle. A la question de savoir si des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables, l'expert neurologue préconise une réévaluation après position définie quant à l'attitude à avoir par rapport à la pose du stimulateur et l'expert psychiatre les subordonne à la volonté du recourant. Les experts estiment que l'amélioration de la capacité de travail est possible sur le plan physique par une stabilisation de la situation quant à l'antalgie, qui permettrait un retour à la situation antérieure du recourant pour autant que son trouble psychiatrique se stabilise. Sur le plan psychique, elle l'est par la poursuite du suivi

psychothérapeutique et l'augmentation de la médication psychotrope, des taux sériques étant pour le surplus indiqués. Un délai d'une année leur semble nécessaire avant réévaluation. Quant aux autres activités exigibles de la part de l'assuré, elles consistent sur le plan physique en des activités simples, non contraignantes mais probablement non applicables en l'état et de surcroît non chiffrables en termes de durée au vu des réflexions précédentes, et sur le plan psychique, en des activités également simples, dans un environnement avec peu de stress, de responsabilité et au sein d'une petite équipe. Les experts concluent leur expertise par les remarques ci-après :

"Nous ne comprenons pas pourquoi Mr J.\_\_\_\_\_ n'a pas spontanément éteint son stimulateur en raison des doléances relevées. Une période d'observation avec celui-ci éteint, et confirmée par des mesures par Mr K.\_\_\_\_\_, serait intéressante à connaître. Ceci nous permettrait ainsi de quantifier les données objectives de celles alléguées par l'assuré. L'efficacité d'un traitement médicamenteux bien suivi, appuyé de mesures des taux sanguins, sera aussi exigible. Un suivi neurologique, psychiatrique et urologique est nécessaire et exigible".

**E.** Dans ses déterminations du 5 avril 2012, l'intimé a relevé qu'en l'absence d'éléments médicaux objectifs, l'incapacité de travail du recourant dans toute activité depuis juin 2009 reposait sur ses seules allégations et a sollicité que soit évaluée l'exigibilité de l'explantation du stimulateur.

Quant au recourant, il s'est déterminé le 24 avril 2012 en observant que l'incapacité totale de travail était avérée tant en ce qui concernait l'activité exercée précédemment que toute autre activité professionnelle, aucune amélioration de son état de santé ne pouvant être envisagée à court terme. Il a encore produit trois rapports médicaux, soit :

- le rapport médical du 28 juin 2011 du Pr I.\_\_\_\_\_ au Prof. R.\_\_\_\_\_, déjà cité ci-dessus;
- un rapport du 14 mars 2012 du Dr BX.\_\_\_\_\_, psychiatre, et de la Dresse CX.\_\_\_\_\_, médecin psychiatre traitant du recourant depuis son hospitalisation à l'Hôpital B.\_\_\_\_\_ du 23 juillet 2009 au 11 août 2009, posant les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et de troubles mixtes de la personnalité aux

traits paranoïaques et dépendant, mentionnant un suivi thérapeutique mensuel toujours en cours, un état dépressif consécutif à une problématique somatique importante et dont l'évolution était tributaire de la suite qui serait donnée aux difficultés physiques actuelles; les auteurs du rapport ne se prononçaient pas sur l'incapacité de travail inhérente aux troubles psychiques;

- un rapport médical du 19 avril 2012 du Dr H.\_\_\_\_\_ confirmant la totale incapacité de travail de son patient en toute activité, sans perspective d'amélioration.

**F.** Une expertise complémentaire a été ordonnée le 22 mai 2012, portant sur le stimulateur. Le rapport d'expertise complémentaire du 5 juillet 2012 du Dr AX.\_\_\_\_\_ a la teneur suivante :

**"1. Quelles sont les limitations objectives liées au neurostimulateur ?**

Du point de vue objectif, il n'y a aucune limitation à rattacher à celui-ci. Tout au plus, peut-on relever que s'il [le recourant] bouge sa tête, il constate que les sensations de stimulation de l'appareil changent de topographie. Ceci est dû au fait que le lieu de stimulation au niveau de la moelle cervicale peut changer de position en raison de la mobilité intrinsèque de la moelle épinière et des mouvements des électrodes. Cet état est connu et n'est pas dû à un vice de l'appareil ou des techniques d'implantation des électrodes au niveau médullaire. Cette gêne peut être limitée en modifiant l'intensité de la stimulation comme M. J.\_\_\_\_\_ le sait parfaitement bien puisqu'il me l'avait montré lors de notre rencontre. Ceci n'engendre pas de limitation fonctionnelle significative. Par contre l'assuré relève une gêne importante quant à son site d'implantation au niveau abdominal.

De nouveau, nous avons constaté, ainsi que les Drs Y.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_ à [...], qu'il n'y avait aucun problème particulier au niveau de la paroi abdominale notamment d'évidence de mauvais contact. Ceci est corroboré par le contrôle effectué par le technicien de la compagnie Q.\_\_\_\_\_, le fabricant de cet appareillage. La gêne est avant tout basée sur les affirmations de M. J.\_\_\_\_\_ sans aucun substrat objectif.

**2. Le retrait du neurostimulateur permettrait-il d'améliorer la capacité de travail de l'expertisé (dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée) ? Si oui, dans quelle mesure (taux en %) et dans quel délai?**

Comme relevé à plusieurs reprises lors de cette expertise, nous sommes aussi frappés par les doléances de l'assuré et le fait qu'il utilise son stimulateur de façon importante. S'il existait, comme il le relève, un important handicap inhérent à l'utilisation de cet appareil, il l'aurait coupé depuis longtemps. Il est par conséquent très difficile pour nous de vous préciser quelle serait la situation avec l'ablation de ce matériel. Afin de répondre à cette question, il convient de

demander à M. J. \_\_\_\_\_ d'arrêter l'appareil et de refaire le point de la situation une fois le stimulateur coupé. En conséquence, de notre point de vue, que le stimulateur soit branché ou non, ne change rien à ses capacités de travail. Il s'agit avant tout d'affirmations de M. J. \_\_\_\_\_ quant au fait que cet appareil a engendré un changement important dans sa qualité de vie. Les différents intervenants, y compris les experts en neurostimulation, relèvent qu'il n'y a aucun dommage ni problème inhérent à l'appareillage en lui-même.

**3. Pouvez-vous vous prononcer sur l'état de santé général de l'expertisé dans les hypothèses suivantes : sans le stimulateur, avec une partie seulement de celui-ci, en cas de maintien intégral du stimulateur?**

Encore une fois, nous avons été frappés par le fait que M. J. \_\_\_\_\_ avait d'importantes doléances envers le stimulateur, sa zone d'implantation cervicale et au niveau de la paroi abdominale. Au niveau cervical, il se plaignait de douleurs importantes et de manifestations motrices le gênant au niveau du bras droit surtout lors de stimulations fortes. Au niveau abdominal, il allègue que les stimulations électriques irradient jusqu'au niveau des testicules.

Cet appareil a été contrôlé par la firme Q. \_\_\_\_\_ et celle-ci a confirmé le bon fonctionnement de cet appareillage. En conséquence, et ce malgré de nombreuses recherches et discussions avec différents spécialistes, il n'existe aucune explication inhérente au stimulateur en lui-même expliquant l'irradiation douloureuse au niveau des testicules.

Par contre, nous sommes confrontés aux affirmations de M. J. \_\_\_\_\_ qui ne sont pas corroborées par des données cliniques neurophysiologiques et ne sont pas non plus rencontrées dans l'expérience des différents experts consultés. Il est donc fort probable que la majeure partie de ses plaintes, notamment au niveau abdominal, doivent être interprétées comme des manifestations entrant dans le cadre de phénomènes de majoration. Pour essayer de répondre clairement, nous pensons donc que quelle que soit la manipulation effectuée sur le stimulateur, la situation ne changerait guère. Bien au contraire, le fait de l'enlever l'exposerait à des risques infectieux inutiles en l'état. Ceci a été parfaitement bien expliqué à l'assuré d'une part par le Prof. I. \_\_\_\_\_ et d'autre part par le service de neurochirurgie au O. \_\_\_\_\_. Ces différents thérapeutes ne désirent pas le retirer pour ces raisons. La seule option serait l'arrêt pur et simple de cet appareillage. De ce fait, nous pensons qu'une bonne partie de ses doléances est dirigée contre ces deux états de fait. Il développe un état de majoration et le manifeste ainsi. En l'état, il existe, comme vous le soulignez parfaitement bien du reste, une contradiction manifeste entre les doléances de M. J. \_\_\_\_\_ et le taux d'utilisation de cet appareil. Il en tire certainement plus de bénéfice qu'il ne nous le dit. Il est à craindre que si l'appareil était retiré, il aurait alors des plaintes inhérentes au fait que l'appareil "aurait été mal placé ou situé à un mauvais endroit" et qu'il y aurait des dommages déterminants et définitifs. Ceci ne peut être retenu actuellement, raison pour laquelle nous pensons que l'attitude des différents spécialistes consultés doit être suivie, à savoir ne pas manipuler cet appareil. Il est évident que dans ce contexte, on peut suspecter la recherche de bénéfice secondaire.

Bien évidemment, ce type de réflexions ne doit pas être soulevé dans le cadre d'une évaluation médicale. Il s'agit de réflexions

d'ordre juridique, judiciaire qui dépassent mon cadre et qui doivent être évaluées par la cour."

**G.** Dans ses déterminations du 23 août 2012, le recourant a observé que les inconvénients liés au neurostimulateur existaient avec ou sans utilisation de l'appareil et qu'il ne pouvait lui être reproché de tenter néanmoins d'en retirer certains effets positifs. Il a encore produit un rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ du 20 juillet 2012 rappelant que même si les plaintes de son patient n'étaient pas corroborées objectivement, il présentait une invalidité réelle à la suite de la lésion de la moelle épinière en février 2007, avec des séquelles tétraplégiques définitives, même palliées par les moyens techniques qu'il contestait.

Se fondant sur un avis du 17 juillet 2012 du Dr DX. \_\_\_\_\_ du SMR, l'intimé a considéré, par courrier du 23 août 2012, que l'explantation du neurostimulateur n'était pas indiquée, notamment en raison du risque infectieux, et que la capacité de travail était identique que l'appareil soit ou non branché.

Le 28 novembre 2012, le recourant a produit des déterminations complémentaires. Il a notamment relevé que les activités non qualifiées ressortant des DPT mentionnées par l'intimé n'étaient pas compatibles avec les limitations fonctionnelles, que son état de santé s'était aggravé depuis juin 2009, que la décision litigieuse ne pouvait être maintenue à tout le moins en raison de l'incapacité de 50 % pour des motifs psychiques. Il a requis un nouveau complément d'expertise.

Par écriture du 11 décembre 2012, l'intimé a fait valoir que, sur le plan psychique, le recourant avait vécu plusieurs épisodes dépressifs légers et moyens non incapacitants depuis août 2009, que la décompensation du trouble de la personnalité à l'origine de l'incapacité de travail de 50 % avait débuté en juillet 2010 et que, dans la mesure où il s'agissait d'une nouvelle atteinte à la santé sujette à un délai d'attente d'une année courant depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2010, l'aggravation ne pouvait être prise en considération que dans le cadre d'une demande ultérieure.

Se déterminant le 9 janvier 2013, le recourant a observé que, le trouble de la personnalité ayant été mentionné à maintes reprises avant juillet 2010, notamment dans le cadre du consilium psychiatrique de la CRR du 1<sup>er</sup> décembre 2009, il ne s'agissait pas d'une nouvelle atteinte apparue en juillet 2010, de telle sorte que l'instauration d'un délai d'attente d'une année ne se justifiait pas. Par ailleurs, la majoration des symptômes décrite par l'expert neurologue faisant partie du trouble de la personnalité, c'est sur cette base que devait être admise une incapacité de travail totale en toute activité depuis juin 2009, de telle sorte que le droit à une rente entière était ouvert à tout le moins depuis juin 2010. Subsidiairement, le recourant a renouvelé sa requête en complément d'expertise. Enfin, se fondant sur le rapport d'observation EPI du 19 janvier 2009 considérant qu'il n'avait pas les capacités et compétences suffisantes pour réintégrer le monde économique, il a conclu à l'allocation d'une rente entière dès février 2008, soit à l'échéance du délai de carence d'une année.

Dans son courrier du 28 janvier 2013, l'intimé a maintenu sa position quant à la date de l'aggravation de l'état de santé psychique, se fondant en cela sur l'expertise du 29 février 2012 et sur l'avis du SMR du 20 mars 2012 et a observé qu'une nouvelle demande s'imposait aussi sous l'angle de l'art. 88a al. 2 RAI.

Le 30 avril 2013, le recourant a produit un rapport d'examen électrophysiologique du Dr EX.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, du 17 avril 2013, indiquant ne pas avoir mis en évidence d'atteinte radiculaire ou du motoneurone inférieur expliquant la parésie de la musculature intrinsèque des deux mains. Il concluait à une origine centrale de la parésie.

Constatant l'absence d'éléments nouveaux dans ce rapport, l'intimé a maintenu ses conclusions en date du 27 mai 2013.

Dans son écriture du 10 juillet 2013, le recourant a réitéré les motifs à l'appui des ses conclusions, relevé que les fiches DPT, produites

dans l'intervalle, ne relevaient pas d'activités compatibles avec son état de santé et a produit un rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 10 juin 2013 rappelant la sévérité de l'état de santé de son patient, ce depuis 2007.

**H.** Une seconde expertise complémentaire a été ordonnée le 25 novembre 2013, sans possibilité cependant d'obtenir un rapport commun, le Dr AX.\_\_\_\_\_ n'œuvrant plus auprès du S.\_\_\_\_\_ (ex S.\_\_\_\_\_).

Dans son rapport du 18 mars 2014, l'experte psychiatre U.\_\_\_\_\_ confirme que le recourant présente un trouble de personnalité paranoïaque depuis jeune adulte (longtemps compensée), puis mal compensée depuis début juillet 2010, entraînant une incapacité de travail partielle depuis lors. Elle arrête cette date sur la base du rapport des Dresses V.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ du 15 juillet 2010 consécutif aux consultations des 6 et 9 juillet 2010 et précise que, dans leur rapport antérieur du 8 mars 2010, ces médecins ne faisaient pas mention de traits, ni de personnalité paranoïaque mal compensée. Au demeurant, s'ils avaient été présents, ils auraient justifié une incapacité partielle de travail. Se référant aux rapports médicaux psychiatriques antérieurs à celui du 15 juillet 2010, elle a détaillé pour quelles raisons, à l'exception de la période d'hospitalisation à la Fondation B.\_\_\_\_\_ du 23 juillet au 11 août 2009 pendant laquelle une incapacité de travail entière pouvait être retenue, les constatations médicales ne permettaient pas de retenir une incapacité de travail sur le plan psychiatrique. Plus exactement, après rappel de la définition selon la classification CIM-10 des troubles spécifiques de la personnalité, plus précisément de la personnalité paranoïaque, elle a observé qu'une personne pouvait présenter un trouble ou des traits de personnalité paranoïaque depuis jeune adulte, sans qu'il y ait forcément de répercussions majeures sur sa vie sociale, professionnelle et affective. S'agissant du recourant, il présentait un trouble de personnalité paranoïaque depuis jeune adulte (longtemps compensée), puis mal compensée depuis début juillet 2010, entraînant une incapacité partielle de travail dès cette époque.

L'expert neurologue AX.\_\_\_\_\_ a précisé dans son rapport du 28 mars 2014 sur quels éléments médicaux anamnestiques il fondait le constat de majoration par le recourant des troubles sphinctériens et rappelé que les différentes évaluations n'avaient pas permis d'objectiver d'anomalie des sphincters du point de vue neurophysiologique.

A la question expresse de savoir "à partir de quelle date pouvait-on considérer que l'intrication des troubles psychiatriques (en précisant lesquels) aux troubles neurologiques avait entraîné une incapacité de travail à 100 %" la Dresse U.\_\_\_\_\_ a indiqué que "la personnalité paranoïaque, mal compensée depuis début juillet 2010, intriquée aux troubles neurologiques, n'avait pas entraîné une incapacité de travail à 100 % mais de 50 %, ceci dès juillet 2010". Quant au Dr AX.\_\_\_\_\_, il a notamment précisé ceci :

"En effet, nous avons retenu une incapacité de travail pour des raisons neurologiques depuis le 09.02.2007 et dans les suites de la pose d'un neurostimulateur, le 29.06.2009.

Initialement, elles étaient liées avant tout aux suites immédiates de son agression survenue dans la nuit du 08 au 09.02.2007. A ce moment, il présentait d'importantes douleurs ainsi que les déficits neurologiques largement relevés par les différents intervenants. Ultérieurement, il sera pris en charge pour un syndrome pyramidal prédominant au niveau hémicorporel droit motivant une physiothérapie. Enfin, en mars 2007, il bénéficiera d'une intervention cervicale empêchant alors une reprise de travail dans son activité professionnelle antérieure. De ce fait, il existe là, sans aucun doute, une incapacité de travail inhérente aux suites de son accident et de l'intervention neurochirurgicale de 2007. Ultérieurement, nous relevons qu'il est capable de se déplacer sans moyen orthopédique particulier déjà dans le rapport du Dr FX.\_\_\_\_\_, le 02.10.2007. Dans son évaluation du 22.10.2007, le DrÉ.\_\_\_\_\_ relève la persistance du syndrome pyramidal largement décrit mais aucune plainte au niveau cervical ou du rachis. Il relève qu'il est indépendant dans les activités de la vie quotidienne. Les douleurs d'ordre neuropathique sont alors au premier plan et d'un commun accord, l'assuré et ce thérapeute n'envisagent pas une reprise de ses activités professionnelles (ndlr : d'installateur sanitaire). Dès 2009, les douleurs neuropathiques semblent telles qu'une évaluation d'anesthésie interventionnelle est effectuée notamment dans le cadre de la demande du 09.04.2009 adressée par la Dresse [...] au Dr Z.\_\_\_\_\_. Une fois le stimulateur posé, il existe là une problématique mixte comprenant les suites de son atteinte neurologique et l'atteinte psychiatrique largement développées dans cette expertise.

Du point de vue neurologique pur, il existait, le jour de notre expertise, un doute quant à l'importance à donner aux suites des effets secondaires engendrés par le neurostimulateur. Ce doute était

aussi amplifié par l'existence d'éléments évocateurs d'une majoration. De ce fait, l'évaluation précise était rendue difficile. Nous avons alors évoqué la possibilité d'arrêter le stimulateur voire de l'enlever et de revoir la situation. Toujours est-il que dans le cadre d'une activité professionnelle de port de charges lourdes, il existe une incapacité totale de travail.

Pour le reste, du point de vue purement neurologique, les seuls facteurs limitatifs significatifs sont liés aux douleurs, sa dextérité manuelle et la limitation du port de charges lourdes. Les déficits neurologiques ne sont pas très importants et ne l'empêchent en aucune façon d'envisager des activités sédentaires, de contrôle ou physiques légères.

De ce fait, en page 66 nous avons conclu qu'il existe des limitations dans sa dextérité manuelle telle que constatée dans le cadre d'observation aux EPI à Genève, le 12.01.2009. Quant aux allégations d'aggravation de son état à la suite de la pose du neurostimulateur, nous avons manifesté nos doutes, largement développés dans le cadre de l'expertise et du présent courrier. Le jour de l'expertise, compte tenu de l'intrication des phénomènes douloureux et le tableau psychiatrique, une activité professionnelle soutenue, continue nous semblait difficile à envisager. Il est fort probable que la situation pourrait s'améliorer s'il existait un suivi rigoureux quant à l'utilisation du stimulateur, une prise régulière des psychotropes et des antalgiques. Ceci permettrait alors d'avoir une évaluation précise de son degré de handicap."

I. Se référant à un avis 22 avril 2014 du Dr DX. \_\_\_\_\_ du SMR, l'intimé s'est déterminé sur les compléments d'expertise le 5 mai 2014, en excluant notamment l'existence d'une incapacité totale de travail pour des raisons neurologiques ou sur la base des plaintes du recourant dans la mesure où l'expert neurologue mentionnait que les déficits neurologiques de l'expertisé ne l'empêchaient en aucune façon d'envisager des activités sédentaires, de contrôle ou peu physiques.

En date du 6 mai 2014, le recourant a fait part de ses déterminations sur les compléments d'expertise. Il considère que seule est déterminante l'évaluation pluridisciplinaire, que le rapport de la Dresse W. \_\_\_\_\_ du 8 mars 2010 permet de fixer le début de la décompensation du trouble deux ans plus tôt dans la mesure où cette psychiatre mentionne une certaine rigidité dans la manière de fonctionner, des éléments caractériels et procéduriers avec une tendance à un sentiment de persécution semblant entrer dans le cadre d'un trouble de la personnalité sans entrave du fonctionnement de l'assuré jusqu'il y a deux ans. Sur la base du rapport précité, il estime que l'incapacité de travail de 50 % admise sur le seul plan psychiatrique doit rétroagir à mars 2008. Le

recourant conclut à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2009, soit après échéance du délai d'attente d'une année, et d'une rente entière dès septembre 2009, soit au terme des trois mois suivant l'aggravation de juin 2009.

Le recourant et l'intimé ont maintenu leurs positions dans leurs écritures ultérieures, du 19 mai 2014 pour le premier, des 20 et 27 mai 2014 pour le second.

Le 27 novembre 2014, le recourant a encore produit un rapport médical du Dr H.\_\_\_\_\_ faisant état du nouveau diagnostic d'épisodes de lombalgies avec blocage.

## **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 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-invalidité d'un montant indéterminé, la valeur litigieuse excède manifestement 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats et non par un juge unique (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979;

RSV 173.01]; art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

**d)** Le recours formé le 3 septembre 2010 contre la décision de l'OAI du 19 juillet 2010 a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) 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 tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité. Dans ses dernières conclusions, prises le 6 mai 2014 et confirmées le 19 mai 2014, le recourant, se fondant sur une atteinte psychiatrique entraînant une incapacité de travail de 50 % dès mars 2008, demande l'octroi d'une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> mars 2009, puis d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> septembre 2009, en raison d'une incapacité de travail à 100 % existant dès juin 2009 et consécutive à ses atteintes physiques et psychiques.

**3. a)** Le droit à une rente (art. 28 LAI) suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente. 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 al. 1 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 (art. 6 LPGA). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

**b)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA. Ne sont pas considérées comme des conséquences d'un état psychique maladif, 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 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique 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 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2).

**4.** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante

pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

Conformément au principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c).

En particulier, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice afin d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb).

Quant aux rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

**5. a)** Le rapport d'expertise neurologique et psychiatrique des Drs AX.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_ est exhaustif. Les experts ont pris connaissance de l'intégralité des documents médicaux et administratifs du dossier, se sont enquis auprès du fabricant des effets secondaires du stimulateur médullaire et ont sollicité un avis de spécialiste sur dit fonctionnement dans le cas particulier. Leur rapport contient une anamnèse familiale, personnelle, sociale et somatique de l'assuré, énumère ses plaintes somatiques et psychiques, décrit son status physique et psychique tel que ressortant de l'examen clinique. Chacun des experts se livre en fonction de sa spécialité à une appréciation détaillée du cas avant discussion consensuelle et réponses aux questions relatives aux limitations fonctionnelles, à l'influence des troubles sur la capacité de travail, aux activités et mesures de réadaptation exigibles.

Dans son expertise complémentaire du 5 juillet 2012 portant plus particulièrement sur les effets du stimulateur, le Dr AX.\_\_\_\_\_ s'est prononcé de façon détaillée sur les questions posées.

Les compléments d'expertise de la Dresse U.\_\_\_\_\_ du 18 mars 2014 et du Dr AX.\_\_\_\_\_ du 28 mars 2014 répondent tout aussi exhaustivement aux questions posées, étant précisé ici que l'expert AX.\_\_\_\_\_ n'avait pas à se prononcer sur les rapports d'examen électrophysiologique du Dr EX.\_\_\_\_\_ des 1<sup>er</sup> mars 2013 et 17 avril 2013 dans la mesure où, selon une jurisprudence constante, les modifications de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse ne doivent pas être prises en considération (ATF 130 V 445 consid. 1).

**b)** S'agissant des atteintes à la santé physique de l'assuré, il n'est pas contesté qu'elles fondent une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle d'installateur sanitaire et ceci sans discontinuer depuis le 9 février 2007.

**c)** Pour ce qui est de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, il convient de distinguer la période précédant la pose du stimulateur médullaire de celle la suivant, étant précisé que les diagnostics relatifs aux atteintes somatiques posés par l'expert AX. \_\_\_\_\_ ne sont pas contestés à tout le moins sur la base des examens médicaux juridiquement déterminants, soit antérieurs à la décision litigieuse du 19 juillet 2010.

Selon l'expert AX. \_\_\_\_\_, d'octobre 2007 au 29 juin 2009, la capacité de travail de l'assuré est entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Aucun rapport médical ne vient contredire cette appréciation. Plus particulièrement, le Dr H. \_\_\_\_\_ estimait dans son rapport du 14 décembre 2007 qu'une activité adaptée était envisageable à un taux compris entre 50 et 100 % sans diminution de rendement, à une date qu'il convenait de fixer après évaluation professionnelle. Ainsi, il n'excluait pas une capacité de travail à 100 %, la marge s'expliquant vraisemblablement par une certaine prudence quant aux résultats de l'évaluation. Quant au Dr E. \_\_\_\_\_, il considérait, dans son rapport du 11 janvier 2008, que la capacité de travail de l'assuré était de 100 %, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Il ne s'est pas prononcé sur le point de départ de cette capacité de travail. Sa concordance avec la date du rapport du 22 octobre 2007, auquel il se réfère, peut néanmoins être présumée, à défaut de la mention d'une quelconque réserve du Dr E. \_\_\_\_\_ sur ce point. Dans son rapport du 22 janvier 2009, le Prof. R. \_\_\_\_\_ ne s'est pas expressément prononcé sur la capacité de travail de l'assuré mais a estimé qu'une réinsertion professionnelle lui paraissait extrêmement aléatoire, ceci en raison des douleurs exprimées par l'assuré. Le Dr E. \_\_\_\_\_ mentionne dans son rapport du 22 septembre 2008 l'apparition de nouvelles zones d'hypersensibilité sans autre précision, plus particulièrement sans se

prononcer sur leurs répercussions sur la capacité de travail de l'assuré. Il fait pour le surplus état de plaintes subjectives du recourant. Enfin, l'assuré n'a pas consulté de psychiatre avant le 29 juin 2009, ni n'a suivi ou ne s'est vu conseiller de thérapie en raison de ses atteintes psychiques avant cette date. En conséquence, une évaluation rétroactive de la répercussion des atteintes à la santé psychique sur la capacité de travail de l'assuré pour la période antérieure au 29 juin 2009 n'est pas concevable car exclusivement théorique.

Cela étant, on ne peut que constater l'absence d'avis médical s'inscrivant en porte-à-faux du constat par les experts d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles entre octobre 2007 et le 29 juin 2009.

Pour la période postérieure au 29 juin 2009 et courant jusqu'à la décision du 19 juillet 2010, il ressort de la discussion des deux experts une solution alternative quant à une incapacité de travail pour des raisons neurologiques : si les désagréments allégués par le recourant en relation avec le stimulateur sont avérés, alors, l'incapacité de travail est de 100 % dans toute activité. Dans l'hypothèse contraire, plus exactement si dits désagréments ne sont pas aussi importants qu'allégués, la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée serait certainement bien meilleure, probablement de l'ordre de 100 % sur le plan neurologique. Enfin, à partir de juillet 2010, il existe une incapacité de travail de 50 % en raison de l'atteinte psychique, sans diminution de rendement.

S'agissant de l'influence des troubles physiques sur la capacité de travail de l'assuré, il convient de relever qu'aucun rapport médical établi pendant la période courant de juin 2009 à juillet 2010 ne comporte d'appréciation sur ce point, à l'exception de ceux établis par le Dr H. \_\_\_\_\_ dont on rappellera qu'il est le médecin traitant de l'assuré, avec pour corollaire que son avis pourrait être influencé par la relation de confiance prévalant entre médecin traitant et patient. À cela s'ajoute que le Dr H. \_\_\_\_\_ n'objective pas son constat d'une incapacité de travail de 100 %.

Pour mémoire, l'expert neurologue retient que les déficits neurologiques ne sont pas très importants et n'empêchent en aucune façon le recourant d'envisager des activités sédentaires, de contrôle ou physiques légères. Il relève encore que la gêne alléguée par le recourant ne repose sur aucun substrat objectif.

Le taux d'utilisation du stimulateur, soit de 69,56 %, tend à démontrer d'une part l'existence de douleurs, à défaut de quoi le recourant n'enclencherait pas aussi souvent cet appareil, d'autre part que l'usage même du stimulateur n'entraîne pas autant de douleurs que l'allègue le recourant, ou à tout le moins que celles-ci ne sont pas supérieures aux douleurs qu'il cherche à soulager. Quoi qu'il en soit, l'importance de la symptomatologie douloureuse n'est pas médicalement quantifiable. Elle résulte pour l'essentiel des plaintes subjectives du recourant. Aucune conclusion, s'agissant de l'intensité des douleurs et de leur effet incapacitant, ne peut en effet être tirée de la fréquence d'utilisation du stimulateur. Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement entre assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 p. 353). Cela étant, il doit être admis qu'entre le 29 juin 2009 et le 19 juillet 2010, la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles n'était pas diminuée par son atteinte physique.

S'agissant des troubles psychiques du recourant, la seule incapacité de travail attestée correspond à son séjour en hôpital psychiatrique du 23 juillet au 11 août 2009, soit une incapacité de 100 % durant cette période de 3 semaines. Le suivi psychiatrique a été rompu

après la sortie de l'hôpital et ce jusqu'au 21 octobre 2009. A cette date, les Dresses L. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ posent les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, présent depuis juin 2009, et sans effet sur la capacité de travail, de trouble de la personnalité, sans précision. L'évaluation psychiatrique du recourant pendant son séjour à la CRR entre le 30 novembre et le 15 décembre 2009 confirme les diagnostics et relève que la thymie actuelle n'est que légèrement abaissée chez un patient plutôt combatif. Le médecin psychiatre mentionne encore en relation avec les traits de personnalité, une sensibilité aux critiques ainsi qu'une tendance rancunière. Il ne fait pas état d'une incapacité de travail en relation avec les atteintes psychiques.

Dans leur rapport du 8 mars 2010, les Dresses W. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ relèvent un statut clinique superposable aux précédents, les limitations fonctionnelles psychiatriques découlant essentiellement d'une symptomatologie dépressive avec des troubles de sommeil, une fatigue et des difficultés à se concentrer. Elles mentionnent également des éléments caractériels procéduriers avec une tendance à un léger sentiment de persécution semblant entrer dans le cadre d'un trouble de la personnalité, lequel, jusqu'il y a deux ans, n'a pas handicapé ou entravé le fonctionnement de l'assuré. Elles qualifient cependant ces éléments de secondaires à une problématique physique agissant comme facteur de stress et considèrent que la capacité de travail au seul plan psychiatrique est de 100 %. Dans son rapport subséquent du 15 juillet 2010, consécutif à deux consultations des 6 et 9 juillet 2010, la Dresse W. \_\_\_\_\_ décrit un assuré apparaissant décompensé, persécuté et suicidaire. Elle n'exclut alors pas, a posteriori, une sous-estimation des répercussions psychopathologiques de l'intervention chirurgicale de 2009, notamment sur la capacité de travail. Néanmoins, la Dresse W. \_\_\_\_\_ ne se prononce pas rétroactivement sur l'influence des troubles paranoïaques sur la capacité de travail au lendemain de la pose du stimulateur. De fait, elle relève, en relation avec les troubles paranoïaques tels qu'apparus à plusieurs reprises, et de manière exacerbée lors des dernières consultations, soit celles des 6 et 9 juillet 2010, qu'ils ne sont pas de bon

augure pour l'insertion professionnelle, néanmoins sans apprécier leur influence sur la capacité de travail. Cela étant, l'avis de l'experte psychiatre ne peut être que suivi lorsqu'elle évalue à juillet 2010 le début d'une incapacité de travail pour des motifs psychiques. Ce n'est en effet qu'à cette date-là qu'il est fait mention pour la première fois par un médecin psychiatre traitant du recourant d'une décompensation en relation avec les troubles de la personnalité paranoïaque. Au demeurant, il se déduit du rapport du 15 juillet 2010 de la Dresse W. \_\_\_\_\_ que cette décompensation est consécutive à la réception du projet de décision de l'intimé, ce qui tend à confirmer qu'il n'existait pas antérieurement de décompensation. Enfin, on ne saurait extrapoler l'observation de l'experte psychiatre, selon laquelle la majoration décrite par l'expert neurologue fait partie du trouble de la personnalité et correspond à une interprétativité des symptômes, pour aboutir à une mise en parallèle de la majoration avec une incapacité de travail. A tout le moins en l'absence de décompensation du trouble.

On ne saurait enfin déduire du rapport du 8 mars 2010 l'existence depuis deux ans d'une incapacité de travail pour des motifs psychiques, plus exactement, comme le soutient le recourant, que l'incapacité de travail de 50 % admise sur le seul plan psychiatrique doit rétroagir à mars 2008. De fait, le rapport en question ne fait que mentionner un trouble de la personnalité handicapant ou entravant le fonctionnement du recourant, ce qui ne signifie pas pour autant que ce trouble aurait été déjà incapacitant. Ce ne serait d'ailleurs que pure hypothèse dans la mesure où le recourant ne consultait pas encore de médecin psychiatre. Au demeurant, les troubles de la personnalité sont qualifiés de secondaires à la date du 8 mars 2010, étant encore rappelé qu'aucune incapacité de travail pour des motifs psychiques n'est évoquée par les médecins traitants.

Il sera encore précisé qu'aucun avis médical ne va à l'encontre de l'évaluation par l'experte du taux de 50 % de l'incapacité de travail pour des motifs psychiques. Enfin, lorsque les experts évoquent une incapacité de travail dans toute activité découlant de l'imbrication des

troubles psychiatriques et neurologiques, ils se réfèrent à la période de l'expertise.

**d)** Le rapport de stage d'observation professionnelle EPI du 18 décembre 2008 conclut que l'état physique et psychique de l'assuré ne permet pas d'envisager une réadaptation professionnelle, sauf dans le domaine tertiaire dans la mesure où il permet un travail assis, léger avec des gestes de faible amplitude. Si les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'AI, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b; cf. TF I 778/05 du 11 janvier 2007 consid. 6.1 et les références citées), il n'en demeure pas moins que les informations recueillies au cours d'un stage, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (cf. TFA I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). C'est en effet au médecin qu'il revient de porter un jugement sur l'état de santé de la personne assurée et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités cette dernière est incapable de travailler (cf. TF 9C\_444/2014 du 17 novembre 2014 consid. 3.1 ). En conséquence, on ne saurait tirer argument du rapport précité pour conclure à une incapacité de travail de l'assuré à l'époque du stage d'observation professionnelle.

**6.** Le recourant présente ainsi une incapacité de travail totale dans son activité habituelle d'installateur sanitaire depuis le 9 février 2007 et d'octobre 2007 à juin 2010 une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telles que retenues par l'office intimé et les experts. Au vu de l'art. 88a al. 2 RAI qui prévoit que si l'incapacité de gain s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, le droit aux prestations de l'assuré dès qu'il a duré

trois mois sans interruption notable, il apparaît que l'incapacité de travail consécutive à l'épisode dépressif survenu en juillet 2009 n'est pas d'une durée suffisante. Dite incapacité est en effet attestée depuis l'hospitalisation du 23 juillet 2009 et, dans la mesure où le status clinique psychiatrique du 21 octobre 2009 est identique à celui du 8 mars 2010 constatant une pleine capacité de travail, l'aggravation, est de moins de trois mois.

Enfin, le délai de trois mois de l'art. 88 al. 2 RAI n'étant pas encore échu à la date de la décision litigieuse, l'aggravation constatée dès juillet 2010 échappe à l'examen de la cour de céans.

**7.** Reste à examiner les revenus spécifiques retenus par l'intimé pour fixer le degré d'invalidité.

**a)** L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI; ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI; ATF 137 V 334).

Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

**b)** Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu 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 129 V 222 consid. 4.3.1).

En l'espèce, l'intimé a arrêté à 99'000 fr. le revenu hypothétique sans invalidité selon le rapport d'enquête économique pour les indépendants du 9 mai 2008, calculé sur la moyenne des revenus réalisés au cours des cinq dernières années, étant admis que l'assuré en bonne santé, exerçant à titre d'indépendant depuis 2006, pouvait prétendre réaliser le même revenu en qualité de salarié qu'en qualité d'indépendant. Cette évaluation n'est ni contestable, ni contestée.

**c)** La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1; 110 V 273 consid. 4b).

Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre (Pratique VSI 6/1998 p. 293 consid. 3b et les références citées).

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C\_446/2008 du 18 septembre 2008; 9C\_236/2008 du 4 août 2008 et I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; Pratique VSI 6/1999 p. 246 consid. 1 et les références citées).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (TF 9C\_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

En l'occurrence, on peut raisonnablement attendre du recourant qu'il mette à profit une capacité de travail de 100 % dès octobre 2007 dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles, possibilité dont il dispose théoriquement sur un marché du travail équilibré; il y est d'ailleurs tenu en vertu de son obligation de diminuer le dommage (TFA I 383/06 du 5 avril 2005 consid. 4.4). Vu le large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger) que recouvre le marché du travail en général — et le marché du travail équilibré en particulier — (cf. TFA I 383/06 arrêt du 5 avril 2005 consid. 4.4), il appert qu'un certain nombre d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont raisonnablement exigibles du recourant.

**d)** 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 revanche, 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'ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires, édictée par l'OFS [Office fédéral de la statistique]) ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes de travail ([DPT]; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; 126 V 76 consid. 3a/bb; 124 V 323 consid. 3b/bb; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3).

La détermination du revenu d'invalidé sur la base des données salariales résultant des DPT de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération, d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

En cas de recours à l'ESS, on se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; Pratique VSI 1999 p. 182).

Les griefs du recourant quant à la mention par l'OAI de DPT ne correspondant pas à ses limitations fonctionnelles tombent ainsi à faux dans la mesure où l'intimé s'est finalement fondé sur les données

statistiques de l'ESS pour des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services).

S'agissant de l'évaluation de l'invalidité de l'assuré, il y a lieu, à l'instar de l'OAI, de se référer aux ESS 2006 et de procéder à l'actualisation du montant pris en compte au moyen de l'ESS. Les ESS 2006 indiquent pour un homme effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé un salaire de référence de 4'732 fr. par mois, 13<sup>ème</sup> salaire compris (ESS 2006, TA1, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures; cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2006, tableau B 9.2), le revenu mensuel précité doit être majoré pour s'élever à 4'933 fr.11. Après prise en compte de l'indexation (1,80% en 2007 et 2,07% en 2008), le revenu annuel affère à 61'510 fr. 31.

**e)** L'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidité est envisageable uniquement dans l'hypothèse de l'usage des ESS. Il est en effet notoire que 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 par conséquent 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 p. 79; TF 9C\_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Cette énumération d'éléments personnels et professionnels pouvant justifier une déduction doit toujours s'inscrire dans le but visé par la jurisprudence qui

est de déterminer, à partir de valeurs statistiques, un revenu d'invalidé qui corresponde au mieux, in concreto, à l'exploitation lucrative raisonnablement exigible des activités encore possibles dans le cadre de la capacité résiduelle de travail (ATF 126 V 75 consid. 5; TF 8C\_887/2008 du 24 juin 2009). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (TF 8C\_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). La déduction doit être déterminée et motivée en analysant la situation individuelle. Il n'est pas admis de cumuler des déductions quantifiées séparément pour chaque facteur pris en compte, car en opérant de la sorte on en ignorerait les interactions eu égard à une approche globale de la situation (ATF 126 V 75 consid. 5).

En l'occurrence, l'office intimé a opéré un abattement de 15 % pour les seules limitations fonctionnelles. Un tel abattement ne tient pas compte exhaustivement de la situation du recourant. En effet, il faut relever que ce dernier était âgé de 50 ans en 2008, âge restreignant passablement les perspectives d'engagement. Par ailleurs, à lire le rapport d'observation professionnelle EPI du 18 décembre 2008, les capacités intellectuelles et le niveau de connaissances de l'assuré sont insuffisants pour lui permettre de prétendre à un certain nombre d'activités dans le secteur tertiaire. En conséquence, un abattement de 20 % s'impose.

Après déduction de 20 % sur le salaire statistique de 61'510 fr. 31, le revenu annuel d'invalidé déterminant s'élève ainsi à 49'208 fr.85 pour un niveau de qualification 4.

Après comparaison du revenu précité au revenu hypothétique sans invalidité de 99'000 fr., le taux d'invalidité de l'assuré ascende à 50,29 %, ce qui lui ouvre le droit à une demi-rente dès le mois de février 2008.

**8.** Le recours doit être admis en ce qu'il concerne le degré d'invalidité du recourant, fixé à 50 % à compter du 1<sup>er</sup> février 2008 et la décision querellée sera réformée en ce sens.

**a)** 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; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

Au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge de l'intimé qui succombe, sont arrêtés à 400 francs.

**b)** Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, fixés à 2'000 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD et 7 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2]).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 19 juillet 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le recourant J.\_\_\_\_\_ a droit au versement d'une demie rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2008.
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

**IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant J.\_\_\_\_\_ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Procap, Service juridique (pour le recourant), à Bienne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :