

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 août 2014

---

Présidence de       Mme     RÖTHENBACHER  
Juges     :       Mme Berberat et M. Monod, assesseur  
Greffier     :       M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.**\_\_\_\_\_, à Prilly, recourant, représenté par Me Joël Crettaz, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6ss, 16 et 17 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 88a al. 1 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1965, ressortissant portugais et titulaire d'un permis « C », a travaillé dès le 11 novembre 1997 en qualité d'opérateur sur scie auprès de l'entreprise H. \_\_\_\_\_ à [...]. Il a déposé une demande de prestations AI le 17 novembre 2004 en indiquant souffrir de blessures à la main droite ensuite d'un accident de travail sur une machine survenu le 24 septembre 2003. Alors qu'il travaillait sur une scie automatique, l'assuré s'est blessé à la face dorsale de la main droite entraînée dans l'ébavureuse (brosse rotative métallique) alors qu'il voulait remettre en place un tube.

Dans un rapport médical du 23 décembre 2004, la Dresse X. \_\_\_\_\_, chef de clinique et le Dr K. \_\_\_\_\_, de la Permanence de [...] à [...], ont posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail suivants :

“Status post-mutilation de la face dorsale des doigts longs de la main droite avec défaut cutané, tendineux et ostéo-articulaire de l'articulation IPD de l'index, des articulations IPP du médus, de l'annulaire et de l'auriculaire le 24.9.2003.”

Ces médecins ont établi les limitations fonctionnelles suivantes :

“a) Dans le domaine du travail (dernière activité)

Limitation fonctionnelle concernant l'usage de la main droite dans un travail manuel avec en particulier arthrodèse des articulations IPD de l'index, IPP du médus, de l'annulaire et de l'auriculaire. Importante limitation fonctionnelle résiduelle avec une distance pulpe-paume de 2 cm pour l'index, 4,5 cm pour le médus, 4 cm pour l'annulaire, 5 cm pour l'auriculaire. Limitation de la mobilité fine de la main gauche et limitation de la capacité de préhension et de la force de préhension. Force de préhension mesurée au dynamomètre de Jamar : 8 kg (50 kg à gauche), force de préhension pouce-index mesurée au pinch 7 kg (14 kg à gauche).

A noter que ces séquelles concernent la main droite chez un patient droitier.

b) Au quotidien (trajet jusqu'au lieu de travail, tâches personnelles, conduite d'un véhicule etc.)

Les limitations fonctionnelles résiduelles sont les mêmes dans le cadre de vie quotidienne et des loisirs, le patient pouvant toutefois conduire un véhicule sans problème.

c) Durant les loisirs (vacances, passe-temps, sport, etc.)

cf b."

De l'avis des Drs X.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ l'exercice d'une autre activité que celle habituelle était exigible de la part de l'assuré, à savoir toute activité non manuelle ou manuelle légère n'exigeant pas une utilisation de la main droite en mobilité fine ou en préhension en force ; une telle activité était envisageable à un taux d'occupation et de rendement de 100 %. Il résulte également de l'anamnèse de ce rapport médical que l'assuré a subi les cinq interventions suivantes ensuite de son accident :

"1<sup>ère</sup> intervention le 24.9.2003 : parage de plaie, arthrodèses IPD de l'index, IPP du médus, de l'annulaire et de l'auriculaire, couverture temporaire par Epigard.

2<sup>ème</sup> intervention le 30.9.2003 : couverture secondaire par lambeau latéral du bras, libre.

3<sup>ème</sup> intervention : autonomisation partielle du lambeau le 5.11.2003.

4<sup>ème</sup> intervention : autonomisation définitive du lambeau le 12.11.2003.

5<sup>ème</sup> intervention : reprise d'arthrodèse IPD de l'index et ouverture des 3 et 4<sup>èmes</sup> commissures le 14.5.2004."

Du 3 novembre 2004 au 7 décembre 2004, l'assuré a séjourné à la Clinique Romande de Réadaptation (CRR) de la CNA à Sion. Dans un rapport médical du 10 janvier 2005, la Dresse A.\_\_\_\_\_, médecin assistant et le Dr W.\_\_\_\_\_, chef de clinique, ont posé en tant que diagnostics secondaires, le diagnostic de séquelles d'une mutilation de la main droite plusieurs fois opérée (Z 98.8) et comme co-morbidité un état de stress post-traumatique en rémission partielle (F 41.9). Au terme de leur rapport, ces médecins se sont prononcés comme il suit sur l'état de santé de l'assuré :

## “APPRECIATION ET DISCUSSION

1. Il s'agit d'un patient de 39 ans, ouvrier de production, portugais, qui, le 24.09.03, se prend la main D dans une machine au travail avec une mutilation au niveau de la face dorsale, de la main D chez un droitier avec défaut cutané tendineux en regard de l'articulation inter-phalangienne de l'index, des articulations inter-phalangiennes du médium, de l'annulaire et de l'auriculaire. D'après le patient, 5 interventions chirurgicales ont été pratiquées avec mise en place aussi d'un lambeau libre prélevé à la face latérale du bras D et au niveau de la cuisse. L'évolution a été compliquée par une chute à vélo le 16.08.04 soldée par une fracture de la première phalange de l'annulaire D traitée conservativement. D'après le patient, une autre opération pour ablation du matériel d'ostéosynthèse au niveau de l'inter-phalangienne proximale du médium de l'auriculaire est prévue après l'hospitalisation.

A l'entrée, le patient utilise peu sa main D qui est très sensible au froid, douloureuse. Il arrive encore à écrire, il ne peut pas attraper les objets petits et les objets lourds. Le patient est limité dans les activités de la vie quotidienne pour presque toutes les activités, se raser, couper sa viande, boutonner une chemise. Il est obligé d'utiliser exclusivement le pouce et l'index.

Au status d'entrée, la main D présente un index et un pouce fonctionnel avec une prise encore possible, l'index est raccourci avec un défaut au niveau trophique, l'inter-phalangienne distale est bloquée par l'arthrodèse, la face dorsale est couverte au niveau de l'inter-phalangienne distale par lambeau libre, les 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigts aussi présentent des lambeaux cutanés, les inter-phalangiennes proximales pour les 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigts sont arthrodésées en flexion. Flexum irréductible à 40°. Pour ces trois derniers doigts, la mobilisation de l'inter-phalangienne distale reste aussi diminuée. Le déficit de flexion est exprimé par une distance pulpe-paume d'approximativement 4 cm pour le 3<sup>ème</sup>, 6 cm pour le 2<sup>ème</sup>, 6 cm pour le 5<sup>ème</sup>, 5 cm pour le 4<sup>ème</sup> en actif, amélioré d'un cm en passif. Le testing musculaire au niveau du poignet est dans les normes pour les extenseurs et fléchisseurs des doigts. Les lombricaux sont présents à plus de M3, les Inter-osseux sont présents aussi.

Le consilium psychiatrique du 08.11.04 conclut à un trouble d'état de stress post-traumatique en rémission partielle. Il est préconisé un suivi psychothérapeutique et une relaxation corporelle.

Durant le séjour, le patient bénéficie effectivement d'un suivi en psychothérapie comportementale et en relaxation. Le patient bénéficie de cette prise en charge. Toutefois, durant le séjour, il exprime beaucoup d'anxiété et de pseudo-crisis d'angoisse au sujet de palpitations et d'un éventuel trouble cardiaque. Un appel à son médecin traitant, le Dr Q.\_\_\_\_\_, confirme le fait que le patient a bien été exploré par un Holter à une épreuve d'effort en 1999 et que le diagnostic alors retenu était des douleurs thoraciques d'origine fonctionnelle. Un ECG pratiqué ici est normal.

Au niveau social, le patient a été vu par l'assistante sociale et une demande AI pour des mesures professionnelles a été faite à l'OCAI de [...].

Sur le plan thérapeutique, le patient a été pris en charge en ergothérapie. Le patient a été ponctuel et collaborant quant à ces thérapies. Le patient ne remarque pas de changement dans sa vie quotidienne par rapport au début de la prise en charge (cf. rapport de l'ergothérapeute).

Il a également bénéficié d'une prise en charge en physiothérapie avec des traitements individuels et en groupe centrés sur le renforcement musculaire global du membre supérieur. Aucun traitement en ambulatoire n'est envisagé.

## 2. En conclusion :

Le patient présente des séquelles importantes et à notre avis peu susceptibles d'évoluer favorablement dans l'avenir. L'état ne peut pas être considéré comme complètement stabilisé puisqu'une nouvelle intervention chirurgicale est prévue pour ablation de matériel. Ce n'est qu'après cette intervention qu'on pourra considérer l'état stable. Même si la prise en charge n'a pas permis une amélioration fonctionnelle importante de la main, l'état psychique du patient s'est bien amélioré et nous avons pu peu à peu le remettre en confiance.

En ce qui concerne son activité professionnelle:

Au moment de l'accident, le patient exerçait la profession d'opérateur de production dans une fabrique de tubes en inox. Il s'agit d'un travail qui nécessite l'utilisation de machines dangereuses et une manutention de charges importantes. Il ne pourra plus exercer cette activité, raison pour laquelle nous avons déposé une demande AI pour mesures d'ordre professionnel durant le séjour à la Clinique. Le patient a été évalué aux ateliers professionnels avec comme principal objectif une remise en confiance (cf. rapport). A noter que ce patient a toujours été très coopérant et motivé. Nous pensons qu'il est encore trop tôt pour fixer les limitations résiduelles et discuter du reclassement professionnel. Une prochaine intervention chirurgicale est prévue et le patient présente toujours un état de stress post-traumatique actuellement au décours qui s'est bien amélioré pendant l'hospitalisation. On pourrait proposer chez ce patient 3 à 4 mois après la prochaine opération un nouveau séjour à la Clinique avec comme objectif une évaluation professionnelle et une éventuelle phase I. Il faut tout de même être conscient que chez ce patient le changement d'activité professionnelle sera difficile étant donné l'absence de formation professionnelle et l'absence de maîtrise de la langue française.

**CAPACITE DE TRAVAIL ACTUELLE DANS LA PROFESSION D'OPERATEUR DE PRODUCTION :**

0% pendant un mois, soit du 07.12.04 au 07.01.05, à réévaluer.

**TRAITEMENT A LA SORTIE :**

Pas de suivi ambulatoire ni en physiothérapie ni en ergothérapie, pas de traitement antalgique. Le patient a rendez-vous le 16.12.04 avec son chirurgien traitant.”

Sur le plan psychiatrique, le consilium du Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 8 novembre 2004, a notamment la teneur suivante :

“Ce ressortissant portugais de 39 ans donne une histoire sans histoires avec une famille d’origine, un développement et une entrée dans la vie active sans difficulté particulière. On retiendra des plaintes de la sphère cardiaque qui pourraient relever d’un trouble anxieux, sans qu’il y ait actuellement de traitement en cours. L’accident a généré un tableau complet d’état de stress post-traumatique aujourd’hui en rémission partielle. Il reste des conduites d’évitement marquées par rapport aux machines de la place de travail. La chose se situe dans un contexte d’un bilan existentiel négatif et d’une forte anxiété quant à l’avenir. A ce stade, je ne retiens pourtant pas les critères d’un trouble dépressif stricto sensu. Une médication psychotrope ne me paraît pas nécessaire. Un suivi psychothérapeutique à la Clinique associé à une relaxation corporelle me paraît utile.”

L’assuré a de nouveau séjourné à la CRR du 3 au 24 mai 2005. Dans un rapport établi le 14 juin 2005 ensuite de ce séjour, le Dr W.\_\_\_\_\_ et la Dresse G.\_\_\_\_\_, médecin assistant font état d’une rémission de l’état de stress post-traumatique diagnostiqué lors du précédent séjour. Il reste un tableau d’anxiété et de dépression assimilable à un trouble de l’adaptation puisque le facteur de stress (accident et ses conséquences) persiste.

L’assuré a encore séjourné à la CRR du 13 juin au 28 juin 2005 en vue d’une phase de réadaptation professionnelle. Il résulte du rapport du 19 juillet 2005 établi par les mêmes médecins que précédemment ce qui suit :

“Un stage en quincaillerie est organisé, dans un premier temps à la demi-journée puis à la journée complète.

Durant ce stage, le patient n’a pas de plainte particulière concernant la main droite, il déclare compenser avec la main gauche et se déclare d’ailleurs surpris que cela se passe aussi bien pour la main droite. Le patron de cette entreprise décrit de bonnes relations avec le patient.

Par contre, après quelques jours, Mr M. \_\_\_\_\_ se plaint d'une recrudescence de lombalgies, sans irradiation. Cliniquement, on note une augmentation du tonus musculaire paravertébral lombaire bilatéral, prédominant à gauche. La palpation de la musculature lombaire est déclarée douloureuse. L'antéflexion et les inclinaisons latérales sont limitées par les douleurs. Le status neurologique ne montre aucun déficit. Malgré un traitement conservateur avec anti-inflammatoires, myorelaxants et physiothérapie antalgique, Monsieur M. \_\_\_\_\_ interrompt son stage. On note que le patient est focalisé sur son rachis dorso-lombaire et qu'il n'a plus de plainte particulière par rapport à la main.

Au vu des absences répétées au stage et l'importance des plaintes somatiques dorso-lombaires, la phase I est interrompue.

Aucun traitement médicamenteux n'est prescrit à la sortie, le patient déclarant que les différents essais thérapeutiques restent sans effet sur les douleurs lombaires."

Ce rapport médical se réfère à un consilium psychiatrique du 9 mai 2005 dans lequel le Dr S. \_\_\_\_\_ écrivait :

"Ce ressortissant portugais de 40 ans est hospitalisé dans les suites d'une mutilation accidentelle de la main droite le 24.09.2003. S'il a présenté au départ un état de stress post-traumatique, ce trouble est maintenant en rémission. Il reste un tableau fait d'anxiété et de dépression qu'on peut assimiler à un trouble de l'adaptation, puisque le facteur de stress (accident et ses conséquences) persiste. En l'état, je ne pense pas qu'une médication psychotrope soit utile. Par contre, un suivi psychothérapeutique à la Clinique me semblerait souhaitable et je fais les démarches en ce sens."

Dans son rapport établi le 31 août 2005 suite à l'examen médical final, le Dr V. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA [...], concluait que sur le plan somatique et pour les seules suites de l'accident, une pleine capacité de travail restait envisageable dans une activité légère privilégiant le contrôle et la surveillance au travail purement manuel. Ce médecin suggérait toutefois la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique de l'assuré.

Par décision du 25 janvier 2006, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité fondée sur une incapacité de gain de 18 %. Cette décision a été confirmée par décision sur opposition de la CNA du 16 juin 2006.

Un examen rhumatologique et psychiatrique de l'assuré a été effectué dans les locaux du Service Médical Régional (SMR) de l'AI par le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, le 12 janvier 2007. Le rapport de ces médecins, du 17 février 2007 se clôt ainsi :

“DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail :

- STATUS POST-MUTILATION DE LA FACE DORSALE DES DOIGTS LONGS DE LA MAIN DROITE, NÉCESSITANT UNE COUVERTURE PAR LAMBEAU, UNE ARTHRODÈSE DE L'INTERPHALANGIENNE DISTALE DE D2 ET DE L'INTERPHALANGIENNE PROXIMALE DE D3 À D5. DÉFAUT D'ENROULEMENT RÉSIDUEL DES DOIGTS II À V. S66.7

- AUCUN SUR LE PLAN PSYCHIATRIQUE.

- sans répercussion sur la capacité de travail :

- LOMBALGIES COMMUNES NON DÉFICITAIRES.
- TENDINOPATHIE DE LA COIFFE DES ROTATEURS.
- ANAMNESTIQUEMENT, ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE, PROGRESSIVEMENT EN RÉMISSION EN 2004. ACTUELLEMENT EN RÉMISSION F 43.1.
- ANAMNESTIQUEMENT, TROUBLES DE L'ADAPTATION AVEC RÉACTION DÉPRESSIVE PROLONGÉE, ACTUELLEMENT EN RÉMISSION F 43.21.

APPRECIATION CONSENSUELLE DU CAS

Assuré de 41 ans, ouvrier de production de pots d'échappements, victime d'un accident de travail le 24.09.2003, entraînant une mutilation complexe des doigts longs de la main droite avec défaut cutané, tendineux et ostéo-articulaire, nécessitant une arthrodèse et greffe spongieuse en urgence, une couverture secondaire par lambeau libre.

Après traitement chirurgical et rééducation complémentaire, l'évolution est lentement favorable, permettant à l'assuré de retrouver une indépendance pour les activités de la vie quotidienne. L'assuré est pris en charge à la Clinique Romande de Réadaptation pour un mois en novembre 2004 et une deuxième fois pour trois semaines en mai 2005. Le taux de mobilité-dextérité est mesuré à 68%, la préhension à 17%, la prise mono-manuelle à 67%. Lors du passage en phase I de réorientation en 2005, l'assuré est alors limité par des lombalgies, irradiant dans le membre inférieur gauche; les symptômes apparaissent au milieu de la deuxième semaine de réadaptation, alors que l'assuré conditionne des paquets pour le jardinage il signale alors que les douleurs lombaires sont trop

importantes pour poursuivre un quelconque travail. L'assuré se focalise sur son problème de dos, les difficultés rencontrées avec sa main deviennent secondaires. L'examen d'entrée à la Clinique Romande de Réadaptation de 2005 montre une mobilité conservée du rachis lombaire avec une distance doigts-sol de 5 cm, la manoeuvre est indolore ; il n'y a pas de signe de non organicité selon Waddell. Les lombalgies sont considérées comme communes, il n'y a pas de bilan radiologique à disposition.

Lors de l'entretien, l'assuré dit avoir été limité dans les mesures d'orientations professionnelles débutées à la Clinique Romande et de Réadaptation, par des douleurs lombaires, ceci surtout lors d'activités assises prolongées. L'assuré aurait des lombalgies de longue date; depuis une quinzaine d'années le gênant actuellement à une fréquence de deux fois par semaine. La description est une lombalgie accompagnée d'une pseudosciatalgie gauche, de type mécanique, augmentant en flexion du tronc. L'assuré est incohérent en ce qui concerne la tolérance en station assise, il dit ne pas être capable de rester dans cette position au-delà de vingt minutes; lors de l'examen avec le rhumatologue, l'assuré reste assis trente-deux minutes sans aucune difficulté, cinquante minutes avec le psychiatre ; par ailleurs, Monsieur M. \_\_\_\_\_ dit être capable de conduire une heure et demi à deux heures sans s'arrêter. Les lombalgies nécessitent la prise de contre douleurs deux à trois fois par semaine. L'assuré n'a pas vu de spécialiste pour ses problèmes de dos, les clichés effectués en 2005, auraient été demandés par le médecin de la SUVA.

En ce qui concerne la main droite, Monsieur M. \_\_\_\_\_ décrit un état stationnaire; il éprouve toujours des difficultés de préhension, une intolérance au froid. Les douleurs de la main sont essentiellement de type mécanique, exacerbées lors de mouvements de préhension. L'assuré a dû développer son côté gauche non dominant ; il reste encore capable avec la main droite d'utiliser sa pince pulpo-pulpaire par exemple pour écrire ou pour se brosser les dents. L'assuré est indépendant pour les soins personnels, il est venu depuis [...] avec son véhicule, est capable de changer les vitesses.

L'assuré a beaucoup de peine à préciser ses attentes par rapport à l'assurance-invalidité, dit pouvoir faire quelque chose, cela est dépendant du travail proposé. L'assuré ne donne pas l'impression d'avoir une grande motivation pour reprendre une activité professionnelle.

A l'examen clinique, Monsieur M. \_\_\_\_\_ utilise de façon privilégiée le membre supérieur gauche, est capable d'enlever son T-shirt avec les deux mains, est capable d'ouvrir sa ceinture également avec les deux mains ; l'assuré est capable également de lasser ses chaussures avec quelques difficultés, il n'a pas de comportement algique au niveau du rachis. Il fait ses transferts rapidement.

La mobilité du tronc est subtotale autant en flexion qu'en extension; l'allongement du rachis lombaire en flexion est complet, lors de la manoeuvre, l'assuré n'a pas de comportement algique; après être revenu en position neutre, lorsque l'examineur lui pose la question, il dit avoir ressenti une douleur lombaire. Les douleurs sont plus marquées lors de l'extension, à nouveau, l'assuré n'a pas

de comportement douloureux lors de cette manoeuvre. Il existe de légers troubles statiques sous forme d'une scoliose dorsale à convexité droite, une antépulsion de la tête avec un début de relâchement de la sangle abdominale. L'assuré n'a pas de syndrome rachidien, la palpation des deux derniers étages est légèrement douloureuse, davantage en L5. Il n'y a pas de sciatique irritative, ni de déficit neurologique aux membres inférieurs. Le score de Waddell est négatif pour des signes de non organicité.

Au niveau de la main, nous constatons un status post-pose d'un lambeau de couverture dorsale sur les doigts III à V et sur le dos de l'index. Les lambeaux sont bien vascularisés. L'assuré est surtout limité par un défaut d'enroulement des doigts longs, de l'ordre de 2,5 cm, il existe également un flexum variant de 20° et 40° sur les doigts III à V. La force de préhension est effondrée, sous réserve d'une participation incomplète de l'assuré qui fait juste décoller l'aiguille. L'assuré a une pince pulpo-pulpaire fonctionnelle, avec une opposition subtotal. La sensibilité est conservée au niveau de la pulpe des doigts, l'assuré fait bien la différence entre le touché et le piqué, les instruments à disposition ne permettent pas de déterminer la discrimination tactile exacte, elle est entre 0,5 et 1 cm sur les doigts IV et V.

L'examen de l'épaule droite montre une légère diminution de la trophicité du muscle supra-épineux, avec des signes en faveur d'une tendinite de ce même muscle. Il n'y a pas de signe de rupture de coiffe, ni de capsulite rétractile. On retiendra que l'assuré a retrouvé une bonne trophicité de son membre supérieur droit, ce qui exclut une non-utilisation et une surprotection de son membre supérieur droit.

La lecture du dossier radiologique montre un début de pincement postérieur en L5-S1 compatible avec un début de discopathie. Il existe au niveau de l'épaule une sclérose sur le tubercule majeur allant pour une tendinite chronique du supra-épineux; il n'y a pas de signe indirect de rupture de coiffe, ni d'omarthrose. Nous n'avons pas de cliché radiologique de la main droite après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse les clichés d'août 2004 montrent une arthrodèse de l'interphalangienne distale de D2, et de l'interphalangienne proximale de D3 à D5.

Du point de vue psychiatrique : nous nous trouvons en face d'un assuré sans antécédents psychiatriques, qui, après un accident de la main droite en 2003, développe une mise en question existentielle, compliquée par un état de stress post-traumatique typique, mais qui est en rémission complète après une année et demi environ. Un trouble de l'adaptation dépressive dure un peu plus longtemps, mais actuellement les critères pour un diagnostic de dépression ne sont plus rencontrés. La morosité, qui d'ailleurs n'est pas toujours présente, rentre dans les limites de la norme dans le contexte de vie de l'assuré.

Une réadaptation aux ateliers professionnels de la Clinique Romande de Réadaptation, débutée le 13.06.2005, a dû être interrompue le 28.06.2005. L'assuré présentait une fixation sur des problèmes de dos et ceci sans substrat somatique adéquat. Au moment de l'examen psychiatrique au SMR Suisse romande, l'assuré n'a pas

montré de signes d'un trouble somatoforme superposé à son accident, et pas de signes de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychiques.

Du point de vue psychiatrique, l'assuré ne présente pas d'atteinte à la santé psychique ayant valeur de maladie dans le sens de la loi sur l'assurance- invalidité. Ceci est, d'ailleurs, bien illustré par le fait que l'assuré bénéficie d'une vie de famille et une vie sociale riche et satisfaisante, qui ne se distingue guère de celle qu'il avait avant son accident (détails voir sous « vie quotidienne »).

#### Les limitations fonctionnelles

Main droite : travaux nécessitant une importante force de préhension, une dextérité de la main droite mouvements répétés d'ouverture-fermeture des doigts. L'assuré possède une bonne pince pouce index de la main droite, utilisable ; sinon sa main droite doit être utilisée dans une fonction de stabilisation pour des tâches effectuées par le membre supérieur gauche. Les doigts III à V ne sont pas fonctionnels, la capacité de préhension est fortement limitée. Port de charge limité à dix kilos, en raison d'un port de charge uniquement avec le membre supérieur gauche, assisté par le droit.

Epaule droite : travaux prolongés au-delà de l'horizontale.

Les éléments du dossier, l'examen clinique ne permet pas de justifier les limitations fonctionnelles en ce qui concerne le rachis.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas de limitation fonctionnelle.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins?

Depuis la date de l'accident de travail le 24.09.2003. Depuis cette date l'incapacité de travail est totale dans l'activité habituelle d'opérateur sur scie.

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

Il est resté stationnaire dans l'activité habituelle.

Du point de vue psychiatrique, il n'y a jamais eu une incapacité de travail durable.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est de 100% dans une activité adaptée, ceci de façon progressive sur 3 mois, depuis la sortie de la Clinique Romande de Réadaptation fin mai 2005. Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites pour la main et l'épaule droites, l'exigibilité est complète. Les lombalgies communes, sans facteur de gravité, avec absence de syndrome rachidien à l'examen de ce jour, ne justifient pas d'incapacité supplémentaire.

Du point de vue psychiatrique, l'exigibilité est de 100%.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITE HABITUELLE D'OPERATEUR SUR SCIE : 0%

DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE: 100%

DEPUIS : DEBUT SEPTEMBRE 2005."

Dans un rapport du 12 mars 2007, la Dresse L. \_\_\_\_\_ du SMR a repris les constatations et conclusions ressortant de l'examen bidisciplinaire précité.

Par jugement du 19 avril 2007, le Tribunal des Assurances (TASS) du Tribunal cantonal a admis le recours formé par l'assuré contre la décision sur opposition rendue le 16 juin 2006 par la CNA et renvoyé le dossier à l'assureur en vue de la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Cette expertise a été effectuée par le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont le rapport du 6 novembre 2007 a notamment la teneur suivante :

"Diagnostics selon CIM-10 :

Épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique F32.11  
Efficience intellectuelle faible F70.0

Commentaire:

Monsieur M. \_\_\_\_\_ présente bien, et cela de manière habituelle, un abaissement de l'humeur, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une réduction de l'énergie, une augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité. Trois critères sur trois sont remplis, selon la CIM-10.

Il souffre d'une diminution de la concentration et de l'attention, d'une diminution forte de l'estime de soi et de la confiance en soi, il forge des idées de culpabilité et de dévalorisation, a une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, souffre de troubles du sommeil. Il réalise donc cinq critères sur sept de la CIM-10, ce qui correspond à un degré moyen à sévère de l'état dépressif.

Etant donné l'expression contenue et l'impact limité de la symptomatologie dépressive, le qualificatif moyen semble finalement approprié dans ce cas. En effet, Monsieur M. \_\_\_\_\_ reste dans une large mesure autonome.

En ce qui concerne le syndrome somatique, je relève la diminution de l'intérêt et du plaisir pour des activités habituellement agréables, un manque de réactivité émotionnelle à des événements ou des circonstances agréables, un ralentissement psychomoteur avec des

phases d'agitation psycho-motrice, un réveil matinal, une baisse marquée de la libido.

Je ne retiens pas de diagnostic du registre des troubles de l'adaptation (F43.2) comme l'ont fait les Dr S. \_\_\_\_\_ et les médecins du DP-CHUV (cf ci-dessous). En effet, le diagnostic *Réaction dépressive prolongée F43.21* correspond, selon la CIM-10, à un état dépressif léger, survenu à la suite d'une exposition prolongée à une situation stressante et ne persistant pas au-delà de deux ans.

Nous nous trouvons actuellement quatre ans après l'accident et l'exposition à la situation de stress ne peut plus être considérée simplement comme un trouble de l'adaptation prolongé. Dans cette situation interviennent plutôt des phénomènes de deuil compliqué sur le plan narcissique, dans le sens que Monsieur M. \_\_\_\_\_ a de la peine à accepter et à intégrer ce qu'il a perdu. Cet aspect est d'ailleurs déjà mis en évidence par le Dr S. \_\_\_\_\_.

Les multiples opérations chirurgicales ne semblent pas constituer de facteur de stress significatif. C'est bien plus l'atteinte à l'image corporelle qui en résulte et l'atteinte fonctionnelle persistante du membre supérieur droit, membre dominant, mais devenu pratiquement inutilisable, qui entraînent un état dépressif, par une perte de valorisation narcissique.

Discussion :

Monsieur M. \_\_\_\_\_ est donc un homme de quarante-deux ans, portugais, marié et père de deux jeunes enfants.

Lui-même est issu d'une famille nombreuse, marquée par de nombreux décès dans la fratrie. Il est possible que cette situation familiale ait contribué à le rendre introverti, à exiger de lui qu'il s'assume dans le silence, sans compter sur autrui.

Il n'y a pas d'antécédents familiaux sur le plan psychiatrique.

Monsieur M. \_\_\_\_\_ a accompli avec difficulté une scolarité minimale. Il n'a effectué que des activités ne demandant pas de qualification professionnelle.

Il se porte bien jusqu'à l'accident de septembre 2003. L'accident est considéré sur le plan juridique comme moyen ou à la limite du sévère, selon la partie.

Dans les faits, Monsieur M. \_\_\_\_\_ a perdu l'essentiel de la fonctionnalité de sa main droite son épaule gauche est également limitée (tendinopathie de la coiffe des rotateurs selon lettre de sortie CRR du 19 juillet 2005), il se plaint de lombo-sciatalgies et son image corporelle est entachée par des cicatrices.

Sur le plan des ressources personnelles, il y a lieu de préciser, comme le suggèrent déjà les psychiatres du DP-CHUV et les maîtres socio-professionnels de la CRR (cf ci-dessous), mais en opposition avec l'avis du Dr S. \_\_\_\_\_ de la CRR (cf ci-dessous), que Monsieur M. \_\_\_\_\_ ne dispose que de peu d'efficience intellectuelle. Cet

aspect est documenté dans le cadre de la présente expertise par l'évaluation psychologique de Madame [...].

Il est dès lors probable qu'une reconversion professionnelle a peu de chances d'aboutir dans ce cas. Les maux de dos qui sont apparus durant la phase I de la reconversion professionnelle de Monsieur M.\_\_\_\_\_ à la CRR vont probablement dans le sens d'une somatisation au moment d'une surstimulation.

Monsieur M.\_\_\_\_\_ n'est pas dupe quant à sa limitation physique. Il a de la peine à imaginer qu'un patron l'engage avec son handicap.

Relevons à ce sujet que votre dossier contient bien cinq postes potentiels pour Monsieur M.\_\_\_\_\_, mais qu'un seul poste (surveillant de parking) n'exige pas l'utilisation des deux mains, selon vos tableaux.

Monsieur M.\_\_\_\_\_ n'a pas intégré la perte subie et il ne se voit pas de perspective d'avenir. C'est comme si une partie importante de lui était morte et qu'il avait de la peine à faire vivre ce qui reste.

Monsieur M.\_\_\_\_\_ s'extériorise peu, ce qui est confirmé par d'autres intervenants. Toutefois, son récit, associé à celui de son épouse, met en évidence une transformation psychique importante et persistante après l'accident de septembre 2003, avec repli sur soi, isolement social, irritabilité, troubles du sommeil, troubles de la concentration et de la mémoire, idées d'insuffisance.

Ainsi que je l'ai précisé à la rubrique *Diagnostics*, cet état ne correspond plus à un simple trouble de l'adaptation, mais à un véritable épisode dépressif. Je précise à ce sujet que la CIM-10 inclut dans ce chapitre ce qui était anciennement appelé dépression réactionnelle, ce qui signifie bien que ce n'est pas parce que le facteur déclenchant est identifié qu'il s'agit automatiquement d'un trouble de l'adaptation (au facteur de stress).

Dans votre dossier, il me semble important de relever encore les passages suivants qui vont dans le sens de mon appréciation.

a) Dans le rapport de sortie du 10 janvier 2005 de la CRR, les médecins estiment que Monsieur M.\_\_\_\_\_ a été collaborant, mais qu'il présente des séquelles qualifiées d'importantes et peu susceptibles d'évoluer favorablement dans l'avenir. Les médecins de la CRR semblent déjà avoir perçu la limitation globale dans ce cas, même si ce n'est pas formulé de manière explicite.

Ils estiment que la prise en charge à la CRR n'a pas permis une amélioration fonctionnelle importante de la main, mais que l'état psychique de leur patient s'est bien amélioré et qu'il a pu être mis en confiance. Ils estiment que Monsieur M.\_\_\_\_\_ ne peut plus travailler dans son ancien métier. Il s'est montré coopératif et motivé, mais l'absence de formation professionnelle et l'absence de maîtrise de la langue française rendent difficile un changement d'activité.

b) Rappelons plus particulièrement que dans son rapport du 10 mai 2005, le Dr S.\_\_\_\_\_, psychiatre à la CRR, relève l'anxiété chez

Monsieur M. \_\_\_\_\_, ainsi que des idées dépressives liées à ses difficultés de faire le deuil de son état antérieur.

Dans ce rapport, contrairement à d'autres observations et à l'évaluation objective de Madame [...], le Dr S. \_\_\_\_\_ ne constate pas de «troubles intellectuels patents», mais «des idées de ruine et d'insuffisance de degré modéré».

c) A la page 3 du rapport final des ateliers professionnels du 22 juillet 2005, les deux maîtres socio-professionnels (MSP) perçoivent Monsieur M. \_\_\_\_\_ comme «très renfermé sur lui-même», ce qui les fait penser «qu'il a peu de ressources et a besoin d'être coaché de près».

A la page 4 du même document, les deux MSP écrivent ceci : «Lors de son séjour aux ateliers professionnels, malgré sa bonne volonté, nous avons pu constater que le moral de M. M. \_\_\_\_\_ a été fluctuant et qu'il a eu beaucoup de difficulté à s'investir dans un projet professionnel».

Il ressort de ce document que, selon ses MSP, Monsieur M. \_\_\_\_\_ intègre bien l'usage de sa main droite dans une activité répétitive avec des pièces légères qu'il peut saisir entre le pouce, l'index et le majeur. Relevons accessoirement qu'il s'agit en l'occurrence d'une activité où il doit répertorier les invendus, procéder au conditionnement et à l'étiquetage. Lors de cette activité, dans une quincaillerie, il se plaint de douleurs du dos. A mon avis, il s'agit là d'une somatisation d'un état de surcharge émotionnelle.

d) A ma demande, l'avocat de l'expertisé m'a transmis la décision du service de l'emploi du 13 septembre 2006 rejetant l'opposition de votre assuré suite au refus d'indemnisation par l'assurance-chômage. Il ressort de ce document que Monsieur M. \_\_\_\_\_ n'a pas fait suffisamment de recherches d'emploi, témoignant par là d'un manque de motivation à retrouver un emploi, et qu'il n'a pas renseigné l'ORP sur la façon dont il comptait organiser la garde de ses enfants.

Etant précisé que la famille M. \_\_\_\_\_ n'a pas de difficultés à trouver une maman de jour pour ses enfants, selon les dires de l'épouse de votre assuré, et que Monsieur M. \_\_\_\_\_ n'est pas convaincu de pouvoir offrir quelque chose à un patron potentiel, il me semble que son attitude dans le cadre de l'assurance-chômage correspond plus à un fonctionnement de dépressif, au vu de la symptomatologie constatée, qu'à un fonctionnement de père au foyer désintéressé à un travail à l'extérieur. En effet, son épouse rapporte qu'il ne s'occupe pas avec motivation de ses enfants et qu'il souffre de ne plus avoir de travail.

e) Monsieur M. \_\_\_\_\_ est vu à la consultation du DP-CHUV en date des 29 septembre et 2 novembre 2006. Les psychiatres retiennent sur le plan diagnostique un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive prolongée (ils ne tiennent manifestement pas compte du fait que l'événement est survenu il y a bien plus de deux ans, ce qui fait que ce diagnostic n'est plus pertinent).

Ils écrivent dans leur paragraphe Discussion ceci «M M.\_\_\_\_\_ est un patient très fruste, fragile narcissiquement, présentant peu de capacités d'élaboration et de ressources.

*Dans ce contexte il lui est extrêmement difficile actuellement de s'adapter à cette nouvelle situation dans laquelle il a perdu l'usage de sa main droite. Comme il le dit lui-même, le mal est fait et on ne peut pas réparer. Ceci montre à quel point le fait de perdre l'usage de sa main lui fait perdre le sens de sa vie.»*

Sur le plan thérapeutique, les psychiatres du DP-CHUV signalent d'autre part que M. M.\_\_\_\_\_ ne voit aucun avantage à venir parler de ses problèmes, qu'il a beaucoup de difficultés à s'exprimer en français et à exprimer ses sentiments.

Ils estiment qu'un traitement médicamenteux serait indiqué, mais ne serait pas accepté par cette personne qui n'accepte déjà pas d'avoir des symptômes psychiatriques.

Enfin, rappelons ici que Monsieur M.\_\_\_\_\_ lui-même estime que son membre supérieur droit est invalide à 80 % et qu'il situe son invalidité globalement à 50%. Il s'agit manifestement d'une légère ouverture de son horizon subjectivement bouché.

Réponses aux questions de la Suva:

1. Plaintes actuelles?

Cf rubrique *Plaintes actuelles*

2. Biographie et anamnèse sociale objectives ? Anamnèse personnelle, en particulier au regard du tableau psychique en cause? Quand les troubles psychiques s'y sont-ils manifestés pour la première fois? Comment ont-ils évolué jusqu'à ce jour?

Cf rubrique *Dires de l'expertisé*

3. Constatations psychopathologiques?

Cf rubrique *Constatations cliniques*

4. Diagnostic et diagnostic différentiel selon l'ICD 10 ou DSM-IV? Pourquoi (motivation)?

Cf rubrique *Diagnostics*

5. En cas de troubles psychiques :

5.1. La personne assurée souffrait-elle déjà avant l'accident d'une affection psychique ? si oui, laquelle selon l'ICD 10 ou DSM-IV?

Non, Monsieur M.\_\_\_\_\_ ne souffrait pas d'une affection psychique antérieure à l'accident de septembre 2003, si on fait abstraction de son efficience intellectuelle faible qui ne l'a pas empêché d'effectuer un travail répétitif exigeant de la force physique.

5.2. Comment la personne assurée a-t-elle subjectivement vécu et assimilé l'accident?

Pour Monsieur M.\_\_\_\_\_, l'accident a entraîné dans un premier temps un syndrome de stress post-traumatique, qui a actuellement pratiquement disparu.

Ensuite, l'accident a provoqué un sentiment de ruine et un sentiment d'anéantissement.

Monsieur M.\_\_\_\_\_ n'a pas pu intégrer cet accident dont les conséquences physiques signifiaient pour lui dans un premier temps une invalidité totale et actuellement encore une invalidité importante.

Monsieur M.\_\_\_\_\_ ne supporte pas encore que ses cicatrices soient visibles et il évite le regard d'autrui.

Il a développé un état dépressif et une irritabilité persistante et n'a pas su «faire avec», certainement, du moins en partie, en rapport avec un manque de ressources qui auraient permis de compenser l'atteinte physique.

5.3. Quelle appréciation porte la personne assurée sur ses troubles psychiques?

Monsieur M.\_\_\_\_\_ a une conscience insuffisante de ses troubles psychiques. Sa faible capacité d'abstraction lui rend difficile de considérer ces troubles de manière indépendante de l'atteinte somatique, visible et objectivement évidente.

5.4. Quel rôle joue la structure de la personnalité?

Je ne constate pas de structuration pathologique de la personnalité. Monsieur M.\_\_\_\_\_ est un homme travailleur, qui a besoin de se confronter au concret et qui peine avec l'abstrait.

5.5. Existe-t-il des facteurs étrangers à l'accident?

Non, je n'ai pas mis en évidence de facteur étranger à l'accident. Il est évident que les difficultés conjugales, l'incapacité à investir le rôle paternel et l'isolement social global qui sont les conséquences de l'état psychique entretiennent un cercle vicieux.

5.6. Comment expliquez-vous la survenance des dits troubles?

L'atteinte du membre supérieur droit est objective. Le membre supérieur droit, dominant, représente la ressource par excellence de cette personne fruste, sans ressources intellectuelles ou affectives qui puissent compenser la perte de l'exploitation de la force physique.

Monsieur M.\_\_\_\_\_ est un homme plutôt anxieux, qui a appris à se contenir, mais qui n'arrive plus actuellement à développer d'esprit d'initiative qui lui permette de trouver des solutions à sa situation.

6. Thérapies :

6.1. Peut-on, au degré de la vraisemblance prépondérante, attendre d'un traitement psychiatrique une amélioration notable de l'état de santé de la personne assurée?

Un traitement psychiatrique ne peut pas apporter d'amélioration notable, vu la réalité de la perte des aptitudes physiques en l'absence de possibilité significative de compensation.

6.2. Si oui, lequel ?

Monsieur M. \_\_\_\_\_ me semble actuellement plus enclin à s'engager dans un traitement de soutien avec médication antidépressive qu'en 2006, mais, pour avoir du succès, une telle démarche doit absolument être associée à une démarche de réhabilitation dans son rôle d'homme et de chef de famille.

En l'absence de perspective de réintégration sur un mode valorisant, Monsieur M. \_\_\_\_\_ restera sous l'influence d'un état dépressif qui se chronifie. Des difficultés psycho-sociales surajoutées, consécutives aux difficultés que la famille traverse du fait de la perte économique et de la perte de structure familiale, font que l'état psychique de Monsieur M. \_\_\_\_\_ peut se détériorer.

7. Capacités professionnelles :

7.1. Au regard des seuls troubles psychiques, comment appréciez-vous la capacité de travail, en termes de rendement, en qualité d'opérateur?

Il s'agit d'une question délicate. Si Monsieur M. \_\_\_\_\_ avait la capacité physique d'être opérateur, avec la réhabilitation économique et sociale que cela implique, son état s'améliorerait et il retrouverait une capacité de travail pleine, sous l'angle psychiatrique.

Par contre, si cet emploi n'est plus envisageable, comme l'affirment les médecins de la CRR, alors une reconversion s'avère difficile, comme le prédisent les médecins de la CRR et le Dr V. \_\_\_\_\_. En cas d'impossibilité de réussir une reconversion professionnelle valorisante, l'épisode dépressif se maintiendra et se chronifiera.

Monsieur M. \_\_\_\_\_ présente alors, comme c'est le cas actuellement, une incapacité de travail de 50 % environ (sans tenir compte de sa faible efficacité intellectuelle qui ne l'a pas empêché de travailler comme opérateur).

Existe-t-il cas échéant en sus d'une baisse de rendement une limitation horaire?

Oui, dans l'état actuel, Monsieur M. \_\_\_\_\_ ne peut pas travailler au-delà de deux fois trois heures.

7.2. Au regard des seuls troubles psychiques quelles fonctions et activités sont-elles encore exigibles? Avec quels horaires et rendement?

Monsieur M. \_\_\_\_\_ peut exercer des fonctions concrètes et simples qui n'exigent ni lecture, ni écriture. Au regard des seuls troubles psychiques, il peut effectuer un tel travail durant six heures par jour avec un rendement de 50 %.

8. Pronostic:

8.1. Peut-on attendre avec le temps un amendement partiel ou total du tableau psychique?

Aucune amélioration n'est à attendre si Monsieur M. \_\_\_\_\_ ne peut pas être aidé à se réhabiliter véritablement.

8.2. Si oui, dans quel délai?

Le délai dépend essentiellement de la capacité de la société à réinsérer ce type de personnes dans le sens d'une réhabilitation véritable, sans préjudice économique ou social, mais avec un vécu subjectif de progression sur le plan personnel, ce qui relève probablement de l'utopie.

8.3. Ou peut-on affirmer que lesdits troubles subsisteront vraisemblablement avec au moins la même gravité la vie durant?

Tenant compte de la situation actuelle, on peut effectivement affirmer que les troubles psychiques subsisteront vraisemblablement avec au moins la même gravité la vie durant.

Je relève à ce sujet que le travail important accompli à la CRR n'a pas tenu compte, selon mon avis, des ressources intellectuelles et affectives plus limitées de l'expertisé que ce qu'il ne donne comme impression.

8.4. Du point de vue psychiatrique, quels motifs parlent ici contre le principe de dégressivité des troubles psychiques?

Les troubles psychiques de l'expertisé risquent de se chronifier et de s'aggraver au fur et à mesure que son épouse s'épuise et que ses enfants grandissent et le confrontent à ses failles qui elles vont probablement rester stables.

9. Quelle est l'importance des facteurs étrangers à l'accident dans le tableau psychique actuel?

Je n'ai pas mis en évidence de facteur étranger à l'accident dans le tableau psychique actuel.

10. Remarques éventuelles?

Aucune."

Le 31 janvier 2008, la CNA a rendu une nouvelle décision arrêtant le taux d'incapacité de gain de l'assuré à 18 %.

Du 28 janvier 2008 au 22 février 2008, l'assuré a effectué un stage d'évaluation professionnelle auprès de l' [...]. Selon la synthèse

finale du rapport établi le 17 mars 2008 ensuite de ce stage, l'assuré gardait sur le plan strictement physique une capacité résiduelle de travail proche de la norme dans un plein temps pour un mono-manuel de la main non dominante. Le travail devait être simple et léger, répétitif, ne pas demander trop d'attention ni de capacités intellectuelles particulières. Il pourrait s'agir de tri ou contrôle de pièces, de conditionnement léger, de conduite de machines préréglées ou de travail de série.

Le 31 mars 2008, la CNA a rendu une décision sur opposition confirmant la décision précédente.

Un nouveau stage dans le but d'une orientation professionnelle a été organisé dès le 7 septembre 2009 à l'Orif [...]. Ce stage a dû être interrompu en raison de l'état de santé de l'assuré, celui-ci présentant de très importantes douleurs au niveau de sa main droite lors du travail d'évaluation selon certificat médical de son médecin traitant, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale à [...], du 23 septembre 2009.

Dans un courriel reçu le 1<sup>er</sup> octobre 2009 par l'OAI, les responsables de l'Orif [...] ont indiqué que si le stage avait été interrompu, cela l'avait en réalité été en raison d'un état d'extrême fatigue chez l'assuré et non pas en raison des douleurs dont celui-ci se plaignait à sa main droite.

Par arrêt du 20 janvier 2010, la Cour des assurances sociales (CASSO) du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assuré contre la décision sur opposition rendue le 31 mars 2008 par la CNA, considérant que le lien de causalité adéquate entre l'accident du 24 septembre 2003 et les troubles psychiques consécutifs n'était pas rempli.

Sur interpellation des médecins du SMR, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a répondu ce qui suit le 11 mai 2010 :

“Après avoir réétudié le dossier de votre assuré susnommé, je peux vous donner les informations suivantes.

A mon avis l'écart entre l'appréciation du Docteur S.\_\_\_\_\_ et la mienne repose essentiellement sur le fait que le Docteur S.\_\_\_\_\_ n'avait pas connaissance de la limitation intellectuelle importante de l'assuré telle que j'ai pu la mettre en évidence à travers une évaluation standardisée. Deuxièmement la très faible capacité de mentalisation et d'élaboration de cet homme est devenue plus évidente au fil du temps et confirmée par les différentes évaluations psychiatriques.

Ainsi, sur le plan symptomatique je pense qu'on peut affirmer qu'il y a eu peu d'évolution entre l'évaluation par le Docteur S.\_\_\_\_\_, l'évaluation par les médecins de la consultation psychiatrique du CHUV et la mienne. Si l'absence de ressources mentales et affectives permettant de compenser l'atteinte physique est devenue toujours plus évidente, la symptomatologie dépressive est probablement restée stable.

Si mon diagnostic diffère de celui du Docteur S.\_\_\_\_\_ et de celui posé de manière pas tout à fait correcte par les psychiatres du CHUV, c'est essentiellement en rapport avec la longue durée de l'état dépressif qui échappe à un traitement psychiatrique dans ce cas particulier.

Cela étant dit, je constate que votre assuré avait une incapacité de travail complète globalement lorsqu'il a été évalué par le Docteur S.\_\_\_\_\_ (cf. lettre de sortie de la CRR). Sur le plan purement psychiatrique, j'estime que Monsieur M.\_\_\_\_\_ pouvait théoriquement effectuer un travail de 2 x 3 heures par jour avec un rendement de 50 % dès sa sortie de la CRR à savoir dès le 1<sup>er</sup> juillet 2005. Cette situation ne s'est pas modifiée jusqu'à ce que je le rencontre fin 2007 et avait alors peu de chances d'évoluer favorablement en l'absence de réhabilitation professionnelle."

Dans un avis médical du 28 juin 2010, le Dr P.\_\_\_\_\_, du SMR, a relevé que le courrier du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 11 mai 2010 ne permettait pas de s'écarter des conclusions du Dr S.\_\_\_\_\_ ni des conclusions de l'examen pratiqué au SMR le 12 mars (recte : janvier) 2007. Il concluait à une incapacité de travail totale de l'assuré dans l'activité habituelle à compter du 24 septembre 2003 et à une capacité de travail totale dans une activité adaptée depuis septembre 2005.

Par projet de décision du 29 novembre 2010, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office AI ou l'intimé) a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière du 24 septembre 2004 au 30 novembre 2005 puis de lui refuser le droit à toute rente par la suite. L'OAI mentionnait notamment que sur le

plan psychiatrique, il n'y avait aucune atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI.

Dans un courrier du 17 décembre 2010 adressé à l'Office AI, le médecin traitant (Dr D.\_\_\_\_\_) a mentionné ce qui suit sur l'état de santé de son patient :

“Je vous informe que la situation médicale du patient s'est compliquée en raison de l'accumulation de problèmes de santé physique et psychique et qu'une nouvelle évaluation de ses droits aux prestations AI doit être envisagée.”

Le 22 décembre 2010, l'assuré, assisté de son conseil Me Joël Crettaz, a présenté des objections à l'encontre du projet de décision précité de l'OAI. Il faisait en substance valoir l'absence d'élément objectif permettant de faire abstraction des conclusions du rapport d'expertise du 6 novembre 2007 du Dr Z.\_\_\_\_\_, expert psychiatre mandaté par l'assureur-accidents, lequel rapport était notamment plus récent que l'examen pratiqué au SMR le 12 janvier 2007.

Dans un avis médical du 31 janvier 2011, les Drs P.\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ du SMR se sont prononcés en ces termes au vu de l'ensemble des pièces et documents médicaux figurant au dossier de l'assuré :

“Le courrier médical du Dr D.\_\_\_\_\_ en date du 17.12.2010 nous informe: «que la situation médicale du patient s'est compliquée en raison de l'accumulation de problèmes de santé physique et psychique et qu'une nouvelle évaluation de ses droits aux prestations AI doit être envisagée». Aucune pièce médicale objective ni statut clinique ne permet de retenir une aggravation de l'état clinique de l'assuré tant sur un plan physique que psychique. Aucune maladie ni problème de santé n'est clairement nommé par le Dr D.\_\_\_\_\_. Cette pièce médicale n'est pas convaincante d'une modification de l'état de santé de l'assuré depuis notre dernier avis médical.

La synthèse du dossier, dans le rapport d'examen SMR du 12.03.2007, avait alors été effectuée par le Dr L.\_\_\_\_\_, spéc. en chirurgie de la main.

Le courrier de M. Joël Crettaz, avocat de l'assuré, est daté du 22.12.2010.

Il se réfère essentiellement au travail d'expertise réalisé par le Dr Z.\_\_\_\_\_.

Nous avons interrogé le 21.04.2010, le Dr Z.\_\_\_\_\_, au moyen d'une lettre. Celui-ci nous a répondu par un courrier du 11.05.2010.

Nous avons estimé le 28.06.2010 que le courrier du Dr Z.\_\_\_\_\_ ne nous permettait pas de nous écarter des conclusions du Dr S.\_\_\_\_\_, présentes dans le dossier accident, ni des conclusions du SMR du 12.03.2007 qui reposaient sur un examen clinique psychiatrique et un examen réalisé par un rhumatologue interniste.

Le Dr Z.\_\_\_\_\_ justifie la différence d'appréciation qu'il a avec le Dr S.\_\_\_\_\_ non par une aggravation et une modification de l'état de santé mais par le fait que le Dr S.\_\_\_\_\_ n'avait pas connaissance de la limitation intellectuelle importante de l'assuré, telle que le Dr Z.\_\_\_\_\_ dit l'avoir mise en évidence à travers une évaluation standardisée. Il précise d'ailleurs au 3<sup>ème</sup> paragraphe de son courrier que, sur un plan symptomatique, il pensait que l'on pouvait affirmer qu'il y avait eu peu d'évolution entre l'évaluation du Dr S.\_\_\_\_\_, l'évaluation par les médecins de la consultation psychiatrique du CHUV et la sienne. Il convient donc de conclure qu'il s'agit donc de l'appréciation différente d'une situation similaire.

Il précise aussi que la symptomatologie dépressive est probablement restée stable.

Dans l'avant-dernier paragraphe, il constate que l'assuré avait une incapacité de travail complète lorsqu'il a été évalué par le Dr S.\_\_\_\_\_ en se basant sur la lettre de sortie de la CRR de Sion. Il convient de préciser que cette incapacité de travail complète était appréciée de façon globale en prenant en cause les problèmes psychiatriques et somatiques. Il est clair que chez cet assuré, se sont les problèmes somatiques qui étaient prépondérants. On ne peut donc pas baser une incapacité de travail complète pour des motifs psychiques en se référant à la lettre de sortie de la CRR de l'époque.

Il n'y a donc pas de raison de modifier l'appréciation de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée telle que fixée par le SMR en 2007, le Dr Z.\_\_\_\_\_ ne retenant ni ne démontrant une aggravation sur le plan psychiatrique depuis cette date.

Nous maintenons donc notre position."

Le 2 mai 2011, l'Office AI a écrit à l'assuré que les arguments invoqués à l'appui de son opposition n'étaient pas de nature à modifier sa position, de sorte qu'il confirmait le projet de décision du 29 novembre 2010. L'OAI se fondait sur l'examen clinique SMR du 12 janvier 2007 dont les conclusions étaient claires, exemptes de contradictions et dûment motivées ayant ainsi pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Il n'existait en particulier aucun motif justifiant de modifier l'appréciation de la capacité de travail exigible de la part de l'assuré dans une activité adaptée telle que fixée par le SMR en mars 2007, le Dr Z.\_\_\_\_\_ ne

retenant ni ne démontrant une aggravation sur le plan psychiatrique depuis cette date. L'OAI informait par ailleurs l'assuré de la notification prochaine d'une décision.

Par décision du 20 juillet 2011, l'Office AI a confirmé son précédent projet en allouant une rente entière du 24 septembre 2004 au 30 novembre 2005 à l'assuré puis en lui refusant le droit à toute rente par la suite. Les constatations de l'OAI étaient les suivantes :

“Résultat de nos constatations :

Depuis le 24.09.2003 (début du délai d'attente d'un an), la capacité de travail de notre bénéficiaire susnommé est restreinte.

Sur la base des éléments contenus au dossier, votre mandant a travaillé à partir de novembre 1997, en qualité d'opérateur sur scie auprès de la société H. \_\_\_\_\_ SA.

En complément aux renseignements médicaux en notre possession, un examen rhumatologique et psychiatrique s'est déroulé en janvier 2007 auprès du Service médical régional AI.

Il ressort des observations médicales que la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle. Par contre, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, telles que ; main droite : pas de travaux nécessitant une importante force de préhension ni une dextérité de cette main, ni des mouvements répétés d'ouverture-fermeture des doigts, pas de port de charges; épaule droite : pas de travaux prolongés au-delà de l'horizontale, M. M. \_\_\_\_\_ conserve une capacité de travail de 100 % à partir de septembre 2005.

A relever que d'un point de vue psychiatrique, il n'y a aucune atteinte à la santé psychique ayant le caractère invalidant au sens de l'AI.

Lors d'un entretien en août 2007 avec la conseillère en réinsertion professionnelle, un stage d'observation au COPAI d' [...] est mis en place en janvier-février 2008 afin de déterminer quel type d'activité est adaptée pour notre bénéficiaire. Par la suite, un stage d'orientation a débuté le 07.09.2009 auprès de l'Orif, secteur AIP (atelier d'intégration professionnelle) à [...], afin d'évaluer les possibilités d'insertion dans les milieux économiques en tenant compte des limitations fonctionnelles. Cette mesure est interrompue le 11.10.2009 pour des raisons de douleurs avec certificat médical.

Vu ce qui précède, de nouveaux renseignements médicaux ont été demandés.

A l'analyse des nouveaux renseignements médicaux, l'exigibilité de la capacité de travail reste de 100 % dès septembre 2005, tenant compte des limitations fonctionnelles mentionnées ci-dessus.

Il ressort également des observations du stage que votre mandant a de bonnes capacités d'apprentissage et d'assimilation de nouvelles notions. Les travaux exercés sont parfaitement exploitables en milieu économique après une courte période d'adaptation. Ceci étant, aucune orientation n'a pu être définie durant cette mesure de stage, votre mandant n'a pas pu entrer dans une telle démarche, se contentant de faire acte de présence et d'effectuer les travaux proposés.

Vu ce qui précède, nous avons procédé au calcul du préjudice économique comme suit:

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en hommes, CHF 4'679.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2005, 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 2005 (41,6 heures; La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'866.16 (CHF 4'679.00 x 41,6: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 58'393.92.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu des limitations fonctionnelles citées plus haut, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 52'554.53.

Afin de déterminer le préjudice économique, le revenu invalide ci-dessus doit être comparé au revenu sans atteinte à la santé, soit CHF 59'033.00 (revenu AVS en 2002, lequel revenu est indexé à 2005).

Comparaison des revenus:

sans invalidité	CHF 61'002.20
avec invalidité	<u>CHF 52'554.55</u>

La perte de gain s'élève à CHF 8'447.65 = un degré d'invalidité de 13.84 %

Notre décision est par conséquent la suivante:

Du 24.09.2004 (à l'échéance du délai de carence d'un an) au 30.11.2005 (après trois mois d'amélioration), le droit à une rente entière est reconnu.

Par la suite, la capacité de travail est de 100 % dans une activité adaptée, de sorte que le droit à la rente n'est plus ouvert.

Nous nous référons également à notre courrier du 02.05.2011."

**B.** Par acte du 1<sup>er</sup> septembre 2011, M. \_\_\_\_\_, représenté par Me Joël Crettaz, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée. Il a conclu avec dépens, à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'il a droit à trois-quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> septembre 2005. Le recourant conteste l'appréciation de l'OAI s'agissant de son état psychiatrique. Il estime que l'Office AI ne pouvait pas faire abstraction des conclusions ressortant du rapport d'expertise du 6 novembre 2007 établi par le Dr Z. \_\_\_\_\_. Rappelant que cet expert a été mis en œuvre par la CNA à titre d'expert et nullement comme médecin traitant, au vu de la jurisprudence, il n'est pas permis de privilégier en l'espèce les constatations ressortant du consilium psychiatrique du Dr S. \_\_\_\_\_ établi à l'occasion des deux hospitalisations du recourant à la CRR, consilium qui ne peut pas être compris en tant qu'expertise au sens de l'art. 44 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1). Le recourant retient que l'expertise du Dr Z. \_\_\_\_\_ doit se voir attribuer pleine valeur probante au sens de la jurisprudence dès lors que celle-ci en satisfait tous les critères. Il conteste au demeurant que l'avis du Dr Z. \_\_\_\_\_ ne constituerait qu'une appréciation différente d'une situation inchangée. Le recourant observe encore qu'en présence d'une situation qui s'aggrave avec le temps, il est logique que l'assureur social se fonde sur les éléments médicaux les plus récents au dossier. Or, le rapport d'expertise du Dr Z. \_\_\_\_\_ datant de la fin 2007 et ayant été confirmé par courrier du 11 mai 2010, est postérieur au consilium du Dr S. \_\_\_\_\_ lequel remonte à 2004 ainsi qu'à l'examen psychiatrique effectué au SMR en janvier 2007. Partant, sur la base des constatations du rapport d'expertise

du Dr Z.\_\_\_\_\_ le recourant estime bénéficiaire d'une capacité de travail résiduelle de six heures par jour avec un rendement de 50% dans l'exercice d'une activité adaptée, ce qui représente ainsi une capacité de travail de 36% maximum. Compte tenu d'un revenu annuel d'invalidité arrêté par l'OAI à 52'554 fr. 53 pour un plein temps, il en découle un revenu avec invalidité d'un montant de 18'919 fr. correspondant à une activité exercée à un taux de 36 %. Après comparaison avec le revenu sans invalidité de 61'002 fr. 20 tel que retenu par l'OAI, il en résulte une perte de gain d'un montant de 42'083 fr. 20 qui correspond à un degré d'invalidité de 69 % ouvrant ainsi le droit au recourant à trois-quarts de rente. A dire d'experts, l'invalidité précitée serait effective à tout le moins dès le 1<sup>er</sup> septembre 2005.

Par réponse du 28 novembre 2011, l'Office AI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. L'intimé est d'avis qu'il se justifie de ne pas suivre les conclusions du Dr Z.\_\_\_\_\_ et de retenir l'existence d'une capacité de travail complète du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles liées aux affections physiques, tel que cela ressort de l'examen rhumatologique et psychiatrique pratiqué au SMR le 12 janvier 2007.

Au terme d'un second échange d'écritures, les parties ont maintenu leurs positions.

Au vu des contradictions ressortant des différents rapports psychiatriques au dossier, le Juge instructeur a ordonné la réalisation d'une expertise psychiatrique de l'assuré par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à [...]. Après un examen clinique du recourant effectué en son cabinet médical à l'aide d'un interprète ainsi qu'en connaissance de l'entier du dossier de celui-ci, le Dr B.\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise le 13 mai 2013 qui se termine ainsi :

"VII. Discussion :

En ce qui concerne nos propres analyses de la situation clinique en question, il nous paraît important de souligner que nous favorisons des approches diagnostiques qui différencient les informations

venant de l'expertisé de celles observées par l'expert. Les premières sont susceptibles d'être influencées par des facteurs extra médicaux, le ressenti personnel du sujet, son éventuelle tendance à l'accentuation ou sa situation sociale.

Pour ces mêmes raisons, nous ne travaillons pas d'entrée avec les échelles «classiques», par exemple l'échelle de dépression de Hamilton (qui contient par exemple 13 critères sur les 21 issus de l'auto-évaluation), même si elles sont dites «hétéro-évaluation». Il est de même pour d'autres questionnaires d'auto-évaluation (index de satisfaction travail, index de tension, soutien social perçu, score EPICE, mental health index, EVA douleur, etc.).

Nous favorisons les critères établis dans la Classification Internationale des Maladies, version actuelle 10, issus du travail continu de consensus de l'Organisation Mondiale de la santé, affinés dans les «Critères diagnostics pour la recherche» (WHO/OMS Genève, Masson 1994).

La situation pour laquelle vous avez donné mandat d'examen concerne un homme de maintenant 48 ans qui est atteint dans sa santé physique depuis dix ans.

M. M. \_\_\_\_\_ est issu d'un milieu rural Portugais modeste et sans particularités. Il a perdu sa mère à l'âge de 25 ans au moment où il était déjà en Suisse.

L'assuré a fait une formation scolaire basique de quatre ans d'école, il a ensuite travaillé chez son père à la campagne et a fait son service militaire complet.

Il est venu en Suisse à l'âge de 23 ans et il s'est adapté ici à plusieurs milieux, agricoles, nettoyages et ensuite en tant qu'opérateur sur machines. Il est resté ici jusqu'à son accident professionnel où sa main droite a été prise dans une brosse métallique.

En parallèle, l'assuré s'est marié, il est devenu père de deux enfants et il a assumé son rôle correctement. Mentionnons dans ce contexte les descriptions qu'il nous a données pour la vie domestique : depuis son accident, il s'est davantage impliqué dans les tâches ménagères, préparation des repas, nettoyages, éléments pas tout à fait habituels pour les hommes de son origine.

Tous les éléments mentionnés montrent une bonne capacité d'adaptation sans dysfonctionnement majeur sur le plan intellectuel, affectif, social ou professionnel.

L'accident de 2003 a provoqué une impossibilité de continuer des activités bi-manuelles et tout ce qu'il a assumé antérieurement en plein. Il ne semble plus nécessaire de revenir sur les constats somatiques qui ont été décrits en détail: il ne fait aucun doute que les mutilations de la face dorsale de plusieurs doigts de sa main droite ainsi que les arthrodèses limitent de manière importante la mobilité. L'assuré nous a donné ici une description détaillée, plutôt différenciée quant aux activités qu'il ne peut pas assumer et celles qu'il peut assumer. Pour cette dernière partie, il a bien inclus des activités type balayage, préparations simples, préparations de cuisine, nettoyages et autres. C'est de cette manière qu'il peut par ailleurs assumer sa participation dans la conciergerie qu'il tient ensemble avec sa femme depuis de nombreuses années. Ces constats confirment indirectement ce qui a été constaté du côté somatique, à savoir une exigibilité pour des activités adaptées à son handicap. Mais c'est ici exactement que « le bât blesse » : M.

M. \_\_\_\_\_ ne pouvait jamais imaginer trouver une activité de ce type, il argumentait chez nous, et aussi antérieurement devant plusieurs intervenants (cf. dossier), qu'aucun patron ne le prendrait avec son handicap et sa motivation a progressivement diminué de faire une telle recherche alternative. Lorsqu'il était dans les ateliers de réinsertion, il était assidu, appliqué, mais il a fait entendre à plusieurs reprises qu'il attendait plutôt une réparation financière.

Du côté purement psychique, voire psychiatrique, il y a eu un premier constat à la Clinique romande de réadaptation avec des éléments d'un état de stress post-traumatique. Cependant l'impact de ce trouble a été évalué comme faible et il n'y a eu que prescription de relaxation. Lors du deuxième séjour, une année après, les éléments de stress post-traumatique n'ont plus été retenus, par contre un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive mixte, assez peu spécifique et orienté surtout en direction d'une difficulté, voire anxiété de s'imaginer le futur. Là aussi, le spécialiste n'a retenu aucune indication pour un traitement médicamenteux mais préconisé une approche psychothérapeutique de soutien. M. M. \_\_\_\_\_ a cependant évoqué qu'il y a eu prescription de médicaments psychotropes, notamment antidépresseur, pendant une petite période (il ne pouvait pas le préciser). Ce traitement ne lui a apporté aucun changement significatif mais plutôt des désagréments. De ce fait, lui et son médecin ont cessé la prise. Dans la pratique de psychiatre, nous connaissons ce phénomène. Indirectement, il confirme l'absence d'un véritable état dépressif dans le sens clinique du terme.

Il y a eu ensuite deux évaluations importantes. Tout d'abord, l'examen psychiatrique du SMR Léman en 2007 a détaillé un fonctionnement dans la réalité proche de la normalité et un statut psychiatrique avec une humeur légèrement abaissée, mais sans autres signaux en faveur d'un état dépressif ou anxieux cliniquement significatif. Même sans que ce soit mentionné, on pourrait rétroactivement résumer les descriptions de l'assuré et du médecin psychiatre sous une forme de fluctuation dysthymique. En finalité, le spécialiste n'a retenu aucun diagnostic sur le plan psychiatrique.

Dans la même année, l'expertise du Dr Z. \_\_\_\_\_ a conclu à la présence d'un état dépressif de moyenne à sévère intensité, associée à un retard mental léger. Cette dernière notion est très étonnante car elle met l'expertisé formellement dans un registre de quotient d'intelligence de 50 à 69. Ce constat contraste très fortement avec les données biographiques et toutes les autres observations antérieures. À aucun moment, aucun des médecins ou observateurs, que ce soit du côté somatique ou psychique, n'a fait état d'un tel dysfonctionnement intellectuel. Ce « diagnostic » est aussi en contraste avec les données de la réalité où l'assuré a assumé son école primaire, fait un service militaire complet, fait son permis de conduire, pratique la conduite jusqu'à ce jour et a assumé une capacité professionnelle dans plusieurs domaines et époques.

Un autre indice pour mettre ce « diagnostic » en question sont les descriptions très détaillées des déroulements de stages que l'assuré a assumés au COPAI à [...] et à l'ORIPH de [...]. On trouve ici détaillé sur de nombreuses pages le fonctionnement de l'assuré dans différentes tâches, sa capacité de s'adapter, de comprendre les

consignes, etc. À aucun moment on ne trouve ici la notion d'un dysfonctionnement mental, même partiel ou passager. Tout au plus, et en résumé, on peut dire qu'il s'agit effectivement d'un homme simple, avec une capacité de mentalisation réduite, mais à la base capable de fonctionner correctement. Lors de notre examen, nous avons fait exactement ce même constat. S'exprimant avec l'aide d'un interprète dans sa langue maternelle, nous n'avons constaté aucun dysfonctionnement majeur, ni grammatical, ni au niveau du vocabulaire, ni au niveau de la pensée. Il n'y avait aucun indice pour une intelligence significativement altérée.

En ce qui concerne le 2<sup>ème</sup> diagnostic de l'expert Z.\_\_\_\_\_, il y a d'abord à relever que dans son status psychiatrique il y a constamment mélange entre les dires, les énoncées de l'assuré et les observations. Parfois, on trouve même mélangés un certain nombre de commentaires et interprétations. L'expert argumente en finalité que 5 des 7 critères d'un état dépressif du CIM-10 sont remplis. Or, le code diagnostic CIM est nettement plus différencié et fait la distinction entre symptômes principaux et secondaires. La validation des symptômes est codée autrement qu'énoncée par l'expert. Les choses se présentent de cette manière :

**TROUBLE DÉPRESSIF (F 32 dans CIM-10)**

Selon OMS, critères pour la recherche (Classification internationale, Masson 1994)

Critères pour déterminer un épisode dépressif selon Classification Internationale des Maladies en vigueur, CIM-10, chapitre F32, critères pour recherche, édités par l'OMS

Conditions de base :G1 : épisode doit persister au moins deux semaines

G2 : absence de critères maniaques ou hypomaniaques

G3 : pas de substance psycho-active, pas de trouble mental organique

En parenthèses les critères du système AMDP cité, correspondants au plus près

CRITERE	DEFINITION	OBSERVATIONS pour la personne en question
B1	Abaissement de l'humeur (tristesse), humeur dépressive, inhabituel, à degré nettement anormal, toute la journée, presque chaque jour, dans large mesure sans influence des circonstances, persistant au moins pendant 2 semaines (AMDP : 63)	Ceci n'est pas le cas, ni selon les descriptions de l'assuré ni selon les observations
B2	Diminution constante et marquée de l'intérêt et du plaisir pour des activités auparavant agréables (AMDP : pas d'équivalent direct)	Il y a une certaine réduction, notamment des activités sportives antérieures, mais pas de diminution constante et marquée. Des plaisirs et intérêts existent comme décrit
B3	Perte de l'énergie, grande fatigabilité, diminution nette des activités habituelles (AMDP : 62, 80, 81, R 12)	Ceci n'est pas le cas pour l'assuré en question
C1	Perte de l'estime de soi et de la confiance en soi (AMDP : 71)	Il existe une légère diminution de confiance en soi
C2	Sentiments injustifiés de culpabilité ; culpabilité excessive ou inappropriée (AMDP : 73)	Non

C3	Pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires ; comportement suicidaire (AMDP : 46, 95)	Non
C4	Diminution aptitude à penser ou se concentrer (AMDP 11, 12)	Non (ni subjectivement, ni objectivement)
C5	Modification psychomotricité : agitation ou ralentissement (signalée ou observée) (AMDP : 80-84), échelle de ralentissement EDR	Non
C6	Perturbation du sommeil importante (AMDP : échelle somatique 101-105)	Non
C7	Modification appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante (AMDP : échelle somatique 106)	Non
Classification des dépressions selon gravité		
Dépression légère	2 critères B	Total au moins 4
Dépression moyenne	2 critères B	Total au moins 6
Dépression grave	3 critères B	Total au moins 8
<u>Résumé, conclusions :</u> Les critères pour au moins un état dépressif léger ne sont formellement pas remplis		

Il ressort ici avec clarté que nous nous trouvons en dehors d'un état dépressif dans le sens clinique du terme. Si on applique rétroactivement cette grille aux descriptions faites par l'expert précédent, on ne peut pas retenir un état dépressif dans le sens clinique non plus. En conséquence, les constatations de l'expert Z. \_\_\_\_\_ sont pour nous caduques.

Avec nos constats d'aujourd'hui, comme résumé ci-dessus, l'image quant à la situation psychologique de l'assuré reste cohérente : il y a bien eu état d'une perturbation psychique secondaire suite à l'accident, ensuite surtout des appréhensions quant aux futures conséquences (financières) de ce dernier, mais l'assuré a tout de même fait un chemin d'intégration de son handicap. Nous avons décrit comme il a pu non seulement récupérer de son accident mais aussi de la fonctionnalité de sa main. Là aussi, il en a parlé d'une manière neutre, sans aucune émotion particulière.

La mutilation de sa main est devenue une réalité qu'il a intégrée mentalement mais pour laquelle il n'est pas prêt à tirer les conséquences proposées, à savoir être considéré comme apte pour une activité professionnelle adaptée. Probablement, si on mettait théoriquement l'assuré dans une telle activité (comme les stages l'ont montré), il assumerait et son rendement serait proche de la normalité (comme d'ailleurs décrit). Mais ici son manque de motivation, sa passivité et son positionnement intérieur empêchent une recherche dans ce sens. Déjà comme lors de l'expertise de 2007 l'expert a écrit que l'assuré «n'est pas dupe» quant à sa limitation physique et qu'il a de la peine à imaginer qu'un patron l'engage avec son handicap. Il est évident que nous nous trouvons ici dans des arguments extra médicaux, compréhensibles, à la limite défendables d'un point de vue emphatique, mais qui ne peuvent influencer l'appréciation sur le point purement médical.

Pour le reste, nous n'avons pas trouvé d'autres éléments psychopathologiques qui influencent la situation et qui sont susceptibles de provoquer une incapacité de travail médico-théorique sur le plan psychiatrique. Notre anamnèse systématique détaillée, les descriptions de son fonctionnement dans la réalité ont évoqué un état proche de la normalité.

### VIII. Diagnostic et conclusions :

Avec l'ensemble des éléments discutés, ainsi que nos analyses effectuées et après pondération de tous les éléments, nous retenons sur le plan diagnostique et psychiatrique actuellement:

Aucun diagnostic.

Les fluctuations dysthymiques que nous avons décrites sont relativement faibles et irrégulières. De ce fait, nous avons renoncé à les mettre sous forme d'un diagnostic. Il en est de même pour les fluctuations anxieuses ou des moments d'énerverment décrits. Là aussi, rien ne permet de retenir un état psychologique perturbé fixe et sous forme d'un diagnostic.

En conséquence, il n'existe pour notre domaine aucune incapacité de travail, ni diminution de rendement. Pour ce qui concerne le passé, il n'existe aucun indice que les constats effectués lors de l'examen SMR de janvier 2007 soient modifiés.

Vu que nos réflexions et la pondération quant à cette situation se sont faites seulement après la prise de connaissance de tous les volets d'information, l'expert n'a donné aucune information à l'assuré concernant les diagnostics, les suites du dossier, les propositions thérapeutiques, le degré de l'incapacité de travail et le pronostic.

### IX. Réponses aux questions :

#### A. Questions cliniques

##### 1. Anamnèse

Anamnèse professionnelle et sociale

Evolution de la maladie et résultats des thérapies

Données anamnestiques sans relation directe avec l'affection actuelle

Réponse : Veuillez-vous référer aux chapitres I, II et IV de l'expertise où vous trouverez toutes les informations nécessaires et explicites.

##### 2. Plaintes et données subjectives de l'assuré

Réponse : Veuillez-vous référer au chapitre III de l'expertise où vous trouverez toutes les informations nécessaires et explicites.

##### 3. Status clinique

Status physique et psychique (en cas de troubles somatoformes, prière d'établir une analyse précise des symptômes et respectivement des douleurs)

Résultats des tests avec la méthode utilisée

Réponse : Veuillez-vous référer au chapitre V de l'expertise où vous trouverez toutes les informations nécessaires et explicites.

##### 4. Diagnostics (si possible selon classification LCD-10)

###### 4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail

Depuis quand sont-ils présents?

Réponse : Aucun

###### 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

Depuis quand sont-ils présents?

Réponse : Aucun

5. Appréciation du cas et pronostic

Réponse : Veuillez-vous référer aux deux derniers chapitres VII et VIII de l'expertise (discussion, diagnostic et conclusions) où vous trouverez toutes les réponses explicites.

#### B. Influences sur la capacité de travail

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

Au plan physique

Réponse : Veuillez-vous référer aux données somatiques

Au plan psychique et mental

Réponse : Il n'y a pas de limitations significatives

Au plan social

Réponse : Il n'y a pas de limitations significatives

#### 2. Influence des troubles sur la capacité exercée jusqu'ici

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

Réponse : Les troubles légers antérieurement décrits sont résorbés

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail ?

Réponse : Elle est entière sur le plan psychiatrique

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)?

Réponse : Théoriquement oui

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure?

Réponse : Non

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

Réponse : Selon dossier antérieurement à 2007

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

Réponse : Depuis les constats faits sur le plan psychique par le SMR en 2007 il n'y a pas eu de changement

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

Réponse : Question caduque, l'assuré est théoriquement capable de s'adapter à un environnement professionnel

#### C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants :

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail
- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social
- la mobilisation des ressources existantes

Réponse : Elles ont été tentées.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

2.1 Si oui, par quelles mesures? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

Réponse : Pas nécessaire sur le plan psychiatrique

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail?

Réponse : Question caduque

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

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une nouvelle activité?

Réponse : Oui, l'assuré peut assumer toutes les activités accessibles avec son handicap physique

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)?

Réponse : A déterminer sur le plan somatique

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

Réponse : A déterminer sur le plan somatique

3.4 Si plus aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons?

Réponse : Question caduque

Remarques et/ou autres questions:

Réponse : Néant

Questionnaire de la défense de Monsieur M. \_\_\_\_\_ :

Question 1

Quelles sont les plaintes actuelles formulées par M. \_\_\_\_\_?

Question 2

Quelles sont les constatations que peut faire l'expert au sujet de l'état de santé psychique de M. \_\_\_\_\_?

Réponse : Veuillez-vous référer aux différents chapitres de l'expertise où les réponses sont explicites.

Question 3

Quel est le diagnostic retenu ?

Réponse : Aucun diagnostic sur le plan psychiatrique.

Question 4

Comment l'état de santé de M. \_\_\_\_\_ a-t-il évolué depuis 2007 et le rapport d'expertise du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 6 novembre 2007?

Réponse : L'état de santé de M. M. \_\_\_\_\_ n'a pas évolué depuis janvier 2007. Nous avons en détail expliqué pourquoi nous n'avons pas pu retenir les conclusions de l'expertise du Dr Z. \_\_\_\_\_. Tout au plus, comme décrit, il y a eu

fluctuations dysthymiques, ce qui peut parfois donner l'impression de la présence d'un état dépressif mais dont l'ampleur et la durée des symptômes sont insuffisantes pour retenir un diagnostic de dépression clinique et durable.

Question 5

Les troubles psychiques de M. \_\_\_\_\_ limitent-ils sa capacité de travail sous la forme d'une baisse de rendement et/ou d'une limitation horaire dans son ancienne activité d'opérateur?

Réponse: Non, il n'y a pas de troubles psychiques limitant la capacité de travail de l'expertisé quelle que soit son activité.

Question 6

Au regard des seuls troubles psychiques, quelles activités sont-elles, le cas échéant, encore exigibles de M. \_\_\_\_\_ ? Avec quel horaire et quel rendement ?

Réponse: Toutes les activités accessibles avec les formations et expériences professionnelles de l'assuré sont exigibles, tout en tenant compte des limitations imposées sur le plan somatique (sur lesquelles nous ne pouvons pas nous prononcer).

Question 7

Peut-on espérer avec le temps un amendement partiel ou total du tableau psychique?

Réponse: Question caduque.

Question 8

Dans l'affirmative, dans quel délai et avec quelle chance de succès? Cet amendement pourra-t-il avoir des effets sur la capacité de travail?

Réponse: Question caduque."

Dans ses déterminations du 3 juin 2013, l'OAI estime, selon avis du 28 mai 2013 des Drs P. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ du SMR joint, que le rapport d'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ répond en tout point aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante des expertises. Constatant que cet expert judiciaire conclut à l'absence de diagnostic psychiatrique, l'Office AI a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours.

Appelé à se déterminer dans un délai prolongé au 2 octobre 2013, le recourant ne l'a pas fait dans le délai imparti.

**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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile, compte tenu des fêtes d'été (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA), et devant le tribunal compétent selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**2.** L'OAI a alloué au recourant une rente entière limitée dans le temps du 24 septembre 2004 au 30 novembre 2005. Il y a lieu d'examiner sa suppression remise en cause par le recourant, étant précisé que la rente octroyée ne l'a été que pour des raisons somatiques.

**a)** Le bien-fondé d'une décision d'octroi d'une rente temporaire, doit être examiné au regard des conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. notamment TF 9C\_718/2009 du 4 février 2010, consid. 1.2, 8C\_104/2009 du 14 décembre 2009, consid. 2 et 8C\_180/2009 du 8 décembre 2009, consid. 3).

**b)** L'article 17 LPGA prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est d'office

ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al.1).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

**3. a)** Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V I consid. 1.2; TFA C 85/2003 du 20 octobre 2003, consid. 1.1).

Par conséquent, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné pour la période du 1<sup>er</sup> décembre 2005 au 31 décembre 2007 au regard des normes légales consécutives à la 4<sup>e</sup> révision de la LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (ATF 130 V 455; voir également ATF 130 V 329). A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008 est entrée en vigueur la 5<sup>e</sup> révision de la LAI, dont les normes sont applicables au présent cas dans leur teneur consécutive à cette modification législative.

En tout état de cause, les principes antérieurs développés par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité tant sous l'empire de la 4<sup>e</sup> révision que sous la 5<sup>e</sup> révision de la LAI (ATF 130 V 343 consid. 3.4.1).

**b)** Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité, le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même.

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004, selon l'art. 28 al. 1 LAI (4<sup>e</sup> révision), 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 (cet échelonnement correspond à celui figurant à l'actuel art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008).

Selon l'art. 88a al. 1 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201), dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2011 (cf. RO 2011 pp. 5679 ss.), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois

déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

**c)** 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 1093/2006 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA. On ne considère pas 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré une atteinte à la santé mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1, 135 V 201 consid. 7.1.1 et 127 V 294 consid. 4c; TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.1 et 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1).

**d)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. 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\_83/2013 du 9 juillet 2013, consid. 4.2, 9C\_58/2013 du 22 mai 2013, consid. 3.1 et 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002

p. 64; TF 9C\_58/2013 du 22 mai 2013, consid. 3.1 ; TFA I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2). Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C\_1001/2012 du 29 mai 2013, consid. 2.2 et 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). 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, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1).

**e)** 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. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise

judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2 et 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2).

**4.** En l'espèce, on observe que sur le plan médical, le recourant ne discute pas l'appréciation somatique de son état de santé telle qu'effectuée par l'OAI. Il conteste en revanche l'appréciation psychiatrique de l'Office AI, en se fondant sur les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du 6 novembre 2007, confirmée selon courrier du 11 mai 2011, du Dr Z.\_\_\_\_\_ mandaté en son temps par la CNA.

**a)** Sur le plan psychiatrique, l'assuré a d'abord été examiné par le Dr S.\_\_\_\_\_ durant ses séjours successifs à la CRR. Ce spécialiste a dans un premier temps diagnostiqué un état de stress post-traumatique (cf. consilium psychiatrique du 8 novembre 2004 du Dr S.\_\_\_\_\_). Dans son second consilium de mai 2005, le Dr S.\_\_\_\_\_ estime que cet état de stress post-traumatique est en rémission (cf. consilium psychiatrique du 9 mai 2005 du Dr S.\_\_\_\_\_). Selon lui, le recourant présente alors un trouble de l'adaptation puisque le facteur de stress persiste. Le deuxième examen auquel a été soumis l'assuré sur le plan psychiatrique est celui effectué dans les locaux du SMR par le Dr C.\_\_\_\_\_, le 12 janvier 2007. Au terme de son analyse, ce psychiatre n'a posé aucun diagnostic sur le plan psychiatrique. Il estime que l'état de stress post-traumatique a été en rémission complète après une année et demi environ. Selon lui les critères pour un diagnostic de dépression n'existent plus.

Le Dr Z.\_\_\_\_\_ relève dans son rapport d'expertise du 6 novembre 2007 que l'assuré présente de manière habituelle un

abaissement de l'humeur, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une réduction de l'énergie, une augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité. Il souffre également d'une diminution de l'attention et de la concentration, d'une diminution forte de l'estime de soi et de la confiance en soi ; il forge aussi des idées de culpabilité et de dévalorisation, a une attitude morose et pessimiste face à l'avenir et souffre de troubles du sommeil (cf. p. 10 du rapport d'expertise psychiatrique du 6 novembre 2007 du Dr Z.\_\_\_\_\_). Le Dr Z.\_\_\_\_\_ en conclut que le recourant réalise cinq critères sur sept de la CIM-10 (Classification statistique internationale des Maladies et des Problèmes de Santé connexes de l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS]) ce qui correspond à un degré moyen à sévère de l'état dépressif. Toutefois en raison de l'expression contenue et de l'impact limité de la symptomatologie dépressive, le médecin qualifie cet état dépressif de moyen, le recourant restant dans une large mesure autonome. S'agissant du syndrome somatique, l'expert relève la diminution de l'intérêt et du plaisir pour des activités habituellement agréables, un manque de réactivité émotionnelle à des événements ou des circonstances agréables, un ralentissement psychomoteur avec des phases d'agitation psychomotrice, un réveil matinal et une baisse marquée de la libido. L'expert expose ensuite pourquoi il ne retient pas de diagnostic du registre des troubles de l'adaptation comme l'ont fait le Dr S.\_\_\_\_\_ et les médecins du CHUV. Il explique en effet que le diagnostic de réaction dépressive prolongée (F43.21) correspond, selon la CIM-10, à un état dépressif léger, survenu à la suite d'une exposition prolongée à une situation stressante et ne persistant pas au-delà de deux ans. Or, au moment de l'expertise en question on se situe quatre ans après l'accident. L'expert Z.\_\_\_\_\_ relève aussi le manque d'efficacité intellectuelle du recourant qui fait que selon lui, une reconversion professionnelle a peu de chances d'aboutir. Selon lui, un traitement psychiatrique ne peut pas apporter d'amélioration notable vu la réalité de la perte des aptitudes physiques en l'absence de possibilité significative de compensation. S'agissant de la capacité de travail, l'expert est d'avis que l'état du recourant s'améliorerait s'il avait la capacité physique de retrouver son poste d'opérateur ; il retrouverait alors une capacité de travail entière

sous l'angle psychiatrique. En l'état, l'expert fixait la capacité de travail du recourant à 50 % dans l'exercice de fonctions concrètes et simples n'exigeant ni lecture ni écriture, ceci durant six heures par jour dans un tel travail (cf. Rép. 7.2 en p. 17 du rapport d'expertise psychiatrique du 6 novembre 2007 du Dr Z.\_\_\_\_\_).

Dans l'expertise judiciaire du 13 mai 2013, le Dr B.\_\_\_\_\_ ne relève pas de dysfonctionnement majeur sur le plan intellectuel, affectif, social ou professionnel. L'expert relève que s'il y a eu une prescription de médicaments psychotropes notamment antidépresseurs pendant une petite période, ce traitement a été interrompu compte tenu des désagréments qu'il occasionnait. L'expert voit dans cette circonstance la confirmation de l'absence d'un véritable état dépressif dans le sens clinique du terme (cf. p. 18 du rapport d'expertise psychiatrique judiciaire du 13 mai 2013 du Dr B.\_\_\_\_\_). En ce qui concerne l'affirmation du Dr Z.\_\_\_\_\_ selon lequel le recourant présenterait un retard mental léger, l'expert la qualifie d'étonnante car elle situe l'assuré dans un régime de quotient d'intelligence de 50 à 69. L'expert judiciaire relève que ce constat contraste très fortement avec les données biographiques et les autres observations antérieures. Il remarque également qu'à aucun moment, un tel dysfonctionnement intellectuel n'a été relevé par l'un ou l'autre des intervenants. L'expert souligne en particulier que le recourant a effectué des stages au COPAI, à l'Oriph (actuel Orif) et qu'à aucun moment la notion d'un dysfonctionnement mental, même partiel ou passager n'a été relevé malgré la description du fonctionnement de l'assuré dans différentes tâches, sa capacité de s'adapter et de comprendre les consignes etc. Selon lui, le recourant est certes un homme simple avec une capacité de mentalisation réduite mais capable à la base de fonctionner correctement. Il en veut pour confirmation le fait que le recourant durant l'expertise qui s'exprimait avec un interprète dans sa langue maternelle n'avait manifesté aucun dysfonctionnement majeur ni au niveau du vocabulaire ni au niveau de la pensée. Il n'y avait aucun indice pour une intelligence significativement altérée (cf. pp. 18 et 19 du rapport d'expertise psychiatrique judiciaire du 13 mai 2013 du Dr B.\_\_\_\_\_).

L'expert judiciaire explique également pourquoi il ne retient pas un état dépressif dans le sens clinique du terme. Il passe en revue les différents critères de la CIM-10 et aboutit à la conclusion que les critères pour au moins un état dépressif léger ne sont pas formellement remplis (cf. pp. 19 et 20 du rapport d'expertise psychiatrique judiciaire du 13 mai 2013 du Dr B.\_\_\_\_\_).

L'expertise judiciaire du Dr B.\_\_\_\_\_ remplit les réquisits jurisprudentiels en la matière pour se voir attribuer valeur probante en l'espèce (cf. consid. 3d et e supra). Exécutée avec l'aide d'un interprète, elle contient une anamnèse complète, une description des plaintes de l'assuré, les constatations objectives et ses conclusions sont claires et convaincantes. L'expert explique notamment pour quelles raisons il s'écarte des conclusions du Dr Z.\_\_\_\_\_. A cet égard, avec l'expert judiciaire, on doit considérer qu'il serait suprenant que l'ensemble des nombreux intervenants dans ce dossier (médecins de la Clinique de [...] ou spécialistes en réadaptation de la CRR ou de l'Oriph) n'ait jamais décelé cette déficience intellectuelle même s'ils s'accordent sur le niveau intellectuel limité du recourant. Dans ces conditions, les conclusions de l'expertise judiciaire doivent être préférées et il y a lieu de retenir que sur le plan psychiatrique, il n'y a en définitive aucun diagnostic interférant sur la capacité de travail.

**b)** En définitive, c'est à raison que dans sa décision, l'Office AI a constaté que consécutivement à l'évolution de sa capacité de travail vers 100 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 2005 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles d'ordre somatique, le recourant présentait, dès lors un degré d'invalidité de 13,84 % (après comparaison des revenus raisonnablement exigibles au sens de l'art. 16 LPGA). Ladite amélioration ayant duré plus de trois mois (cf. art. 88a al. 1 RAI), la suppression du droit à la rente entière se justifiait à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2005.

**5.** Il découle de ce qui précède que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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 (art. 69 al. 1bis LAI); le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 2 al. 1 TFJAS [Tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD), sans qu'il se justifie d'allouer des dépens dès lors que l'intéressé n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours déposé le 1<sup>er</sup> septembre 2011 par M. \_\_\_\_\_ est rejeté.
- II. La décision rendue le 20 juillet 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de M. \_\_\_\_\_.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Joël Crettaz (pour M. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :