

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 septembre 2013

---

Présidence de M. MÉTRAL  
Juges : Mmes Di Ferro Demierre et Röthenbacher  
Greffière : Mme Berberat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Ana Rita Perez, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI**

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

**A.** R. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en [...], est d'origine portugaise. Arrivé en Suisse en 2005, il travaillait depuis le 27 juin 2005 en qualité de maçon auprès de l'entreprise X. \_\_\_\_\_ à [...] (permis L). A ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA).

Par déclaration de sinistre LAA du 8 mars 2006, l'employeur a annoncé qu'en date du 3 mars 2006, l'assuré avait glissé sur un trottoir enneigé, alors qu'il était en train d'effectuer une démolition. En raison de douleurs au niveau du bassin et de la hanche, R. \_\_\_\_\_ a consulté le lendemain à l'Hôpital [...]. Le diagnostic de contusion de la hanche droite, sans fracture, a finalement été posé nécessitant la prescription de cannes avec charge selon les douleurs, ainsi que des anti-inflammatoires (rapport médical LAA du 24 mars 2006 du Dr E. \_\_\_\_\_).

Au vu de la persistance des douleurs, l'assuré a séjourné du 22 novembre au 22 décembre 2006 à la Clinique S. \_\_\_\_\_ à [...] en vue d'une évaluation professionnelle. Dans un rapport du 11 janvier 2007, les éléments suivants ont notamment été retenus:

"(...) Le bilan radiologique ne montre pas d'atteinte dégénérative de la hanche. L'IRM du bassin ne montre pas de lésion. La RX standard de la colonne lombaire montre une vertèbre limbique antérieure L4 et une minime sclérose et ostéophytose antérieure lombaire basse. L'évolution sous traitement de physiothérapie est marquée par la disparition des douleurs fessières droites et l'augmentation de douleurs lombaires sans déficit sensitivo-moteur. Les diagnostics de tendinopathies calcifiantes fessières au décours et de lombalgies communs sont retenus. Il existe une certaine discordance entre les plaintes déclarées par le patient et les données objectives, cliniques et radiologiques. Les lombalgies n'ont à notre avis aucun rapport avec l'accident initial".

Une reprise partielle du travail à 50% a été indiquée du 23 décembre 2006 au 21 janvier 2007, avec une reprise totale dès le 22 janvier 2007.

Dans un rapport d'examen du 13 février 2007, le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin à la CNA, a conclu à la présence d'un syndrome lombo-vertébral modéré, sans signe d'atteinte radiculaire. Quant à la hanche droite, dont le patient ne se plaignait pratiquement plus, on pouvait considérer qu'elle était guérie.

Par décision du 15 février 2007, la CNA, agence de Lausanne, a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 18 février 2007. Dans le cadre de son opposition, l'assuré a transmis un rapport du 1<sup>er</sup> mai 2007 établi par le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, posant l'hypothèse d'un syndrome du piriforme droit. Dans un rapport du 22 mai 2007, le Dr K.\_\_\_\_\_ a considéré que le syndrome précité était un trouble fonctionnel, sans grand substrat anatomo-pathologique démontrable, pour lequel une relation de causalité pour le moins vraisemblable avec une simple contusion de la hanche droite, survenue il y a plus d'une année, ne pouvait être retenue. Au vu des éléments précités, la CNA a rejeté le 29 juin 2007 l'opposition formée par l'assuré. Ce dernier a interjeté un recours contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Dans un rapport du 15 mars 2007, le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin conseil de la Caisse ???\_\_\_\_\_, assureur perte de gain, a conclu que l'intéressé présentait une pleine capacité de travail en tant que maçon. Il a ajouté que le cas ne relevait manifestement plus d'une affection médicale, mais bien d'un début de névrose d'assurance.

A la demande du Dr D.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, R.\_\_\_\_\_ a consulté le Dr M.\_\_\_\_\_, chef de clinique au département de l'appareil locomoteur (DAL) de l'hôpital J.\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 23 mai 2007, ce dernier a, à la suite du Dr W.\_\_\_\_\_, posé le diagnostic de lombo-pygalgies dans le contexte d'un syndrome du piriforme droit. Le Dr M.\_\_\_\_\_ a néanmoins précisé qu'un retour au travail était tout à fait envisageable d'ici un mois à temps partiel.

Dans un rapport du 23 août 2007 adressé à la Caisse ???., le Dr G. s'est montré très pessimiste quant à l'évolution de la situation de cet assuré. Il s'est toutefois "incliné" devant ces avis spécialisés, confirmant la persistance de l'incapacité de travail pour une durée de 3 à 6 mois.

Dans un rapport du 27 août 2007, le Dr N., médecin associé au service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur de l'hôpital J., a également posé le diagnostic de syndrome du pyramidal droit décompensé avec tendinite du muscle pyramidal droit entraînant une tendinite des fessiers et des lombalgies. Une reprise du travail était illusoire tant que l'état musculaire n'était pas amélioré.

Dans le cadre du recours interjeté par l'assuré auprès du Tribunal cantonal des assurances, la CNA a sollicité l'avis du Dr Q. du team de médecine des assurances de la CNA. Dans sa prise de position du 18 octobre 2007, le Dr Q. a exposé que le diagnostic de syndrome piriforme était controversé et que les critères étaient difficiles à poser. Il a néanmoins estimé que le diagnostic était plausible, en soulignant que l'assuré présentait une surcharge psychologique (illnes behavior), ce qu'avait du reste également mis en évidence le Dr M. Il fallait dès lors rassurer le patient et veiller à le mettre au travail rapidement, le Dr Q. partant du principe que l'assuré devrait assez rapidement pouvoir reprendre son travail à plein temps. Le Dr Q. ne semblait toutefois pas avoir eu connaissance des examens et rapport du Dr N., qu'il ne mentionnait pas.

Par courrier du 30 novembre 2007, la CNA a accepté de continuer à prendre en charge le traitement relatif au syndrome piriforme droit présenté par l'intéressé et d'allouer les prestations légales au-delà du 18 février 2007. Le Tribunal cantonal des assurances a dès lors rayé la cause du rôle (AA 110/07 - 110/2007).

Le contrat de durée déterminée de l'assuré auprès de l'entreprise X. \_\_\_\_\_ a pris fin le 21 décembre 2007.

En date du 23 janvier 2008, l'assuré a bénéficié d'une ténotomie du muscle pyramidal, ainsi que d'une neurolyse du nerf sciatique droit, intervention pratiquée par le Dr N. \_\_\_\_\_. L'évolution s'est révélée défavorable avec une augmentation des douleurs et une réduction du périmètre de marche.

Dans un rapport du 16 juin 2008 faisant suite à un examen neurologique de l'assuré, le Dr M. \_\_\_\_\_ a conclu à l'absence de réflexe achilléen à droite et à une diminution de la force des releveurs de l'hallux à droite. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) rachidienne et cervico-dorso-lombaire effectuée le 8 juillet 2008 a mis en évidence une hernie discale paramédiane droite sans effet de masse et une suspicion de lésion de Romanus au niveau du bord antérieur du plateau supérieur de L1 à L5, visible dans les spondylo-arthropathies séronégatives.

**B. a)** Dans l'intervalle, soit le 28 avril 2008, R. \_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé).

Dans un rapport médical du 13 mai 2008 à l'OAI, le Dr D. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de lombo-pygalgies dans le contexte d'un syndrome piriforme droit présent depuis le 3 mars 2006. Il a précisé que son patient ressentait depuis lors des douleurs dans la fesse droite avec une diminution du périmètre de marche et une boiterie antalgique. Il a attesté les périodes d'incapacité de travail suivantes:

- 100 % du 4 au 24 mars 2006,
- 100 % du 19 avril au 20 juin 2006,
- 50 % du 21 juin au 20 novembre 2006,
- 100 % du 21 novembre au 24 décembre 2006,
- 50 % du 25 décembre 2006 au 5 mars 2007,
- 100 % depuis le 6 mars 2007, pour une durée indéterminée.

Au vu de ces éléments, l'OAI a, en accord avec l'assuré, fixé en date du 29 mai 2008 des objectifs de réadaptation. Afin de retrouver une capacité de gain en exerçant une activité respectant les limitations fonctionnelles, soit excluant le port de charge de plus de 15 kg et les positions de travail en porte-à-faux et statique du tronc prolongé, deux mesures concrètes ont été mises sur pied, à savoir un cours de français du 7 juillet au 20 octobre 2008 à raison de trois heures par jour (communication du 26 juin 2008), ainsi qu'un stage d'évaluation au COPAI à [...] du 25 août au 21 septembre 2008 (communication du 21 août 2008).

Dans un rapport médical du 20 juin 2008 à l'OAI, le Dr N. \_\_\_\_\_ a relevé que le patient souffrait d'un problème rachidien qui n'était pas encore réglé, de sorte que des mesures professionnelles paraissaient prématurées. Il a préconisé, à terme, une reconversion dans une profession permettant d'alterner la position assise et debout, limitant le port de charge, ainsi que la marche, surtout en terrain irrégulier et évitant les mouvements de torsion du tronc.

L'assuré ayant dû cesser ses cours de français dès le 20 septembre 2008 en raison de l'augmentation des douleurs, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a préconisé, par avis médical du 1<sup>er</sup> octobre 2008, un examen clinique rhumatologique et psychiatrique au SMR afin de pouvoir déterminer les limitations fonctionnelles et la capacité de travail exigible dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 16 octobre 2008, le COPAI a exposé que l'observation professionnelle était biaisée par de nombreux éléments subjectifs résultant du comportement de l'assuré (axes corporels continuellement décentrés, nombreuses pauses et arrêts pour se détendre, inefficacité). Le Dr F. \_\_\_\_\_ médecin consultant au COPAI a résumé dans un rapport du 27 septembre 2008 la situation en indiquant que *"même si une capacité de travail théorique existe, il paraît impossible de la mettre en pratique dans ce contexte où les convictions et*

*l'interprétation de M. R. \_\_\_\_\_ sont prépondérantes. Le refus, justifié sans doute, de prise en charge par l'AI, ne va pas contribuer à améliorer la situation et renforcer le sentiment de victime de M. R. \_\_\_\_\_".*

Dans un rapport d'expertise du 10 novembre 2008 faisant suite à un examen rhumatologique et psychiatrique du 23 octobre 2008, les Drs P. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation, et T. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, ont posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de syndrome pyramidal droit post traumatique; sans répercussion sur la capacité de travail, de majoration et d'amplification des symptômes avec comportement théâtral, de dysthymie, de status après ténotomie pyramidale associée à une neurolyse du nerf sciatique. Ils ont exclu le diagnostic de syndrome douloureux chronique, les critères de sévérité n'étant pas remplis. En se basant sur le diagnostic retenu par le Dr N. \_\_\_\_\_ et compte tenu de l'intervention chirurgicale subie, ils ont retenu des limitations fonctionnelles dans des activités à forte charge physique, raison pour laquelle ils ont exclu la reprise de l'activité habituelle de maçon. Toutefois, dans une activité adaptée (soit sans port de charges de plus de 19 kg, sans porte-à-faux et avec l'alternance des positions assise et debout), ils ont retenu une pleine capacité de travail dès le 15 mars 2008, soit six semaines après l'intervention chirurgicale subie le 23 janvier 2008.

**b)** Par communication du 24 décembre 2008, l'OAI a octroyé à l'assuré une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi.

L'OAI a également soumis à la même date à l'assuré un projet de décision d'acceptation d'une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1<sup>er</sup> avril 2007 (fin du délai d'attente d'un an) au 30 juin 2008 (soit après 3 mois d'amélioration depuis le mois de mars 2008). Se fondant sur l'examen clinique du SMR, il a considéré que l'assuré présentait une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il a alors procédé à une évaluation théorique de sa capacité de gain. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'732 fr. selon

L'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (production et services) en 2006, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2006 (41.7 heures), de l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2008 (+3.67 %) et d'un taux d'abattement de 10 %, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 55'250 fr. 50. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 58'685 fr. 80, mettait en évidence une perte de gain de 3'435 fr. 30, ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 5.85 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Dans le cadre d'un premier entretien de placement le 30 janvier 2009 (cf. rapport de la même date), l'assuré n'a pas souhaité entrer en matière pour une activité dans un atelier protégé, solution qui aurait permis un réentraînement au travail. Par courrier du 3 février 2009, l'assuré a finalement renoncé à l'aide au placement.

Dans le cadre de la contestation du projet de décision du 24 décembre 2008, l'assuré a produit plusieurs documents, à savoir:

- un rapport d'examen rapport d'examen électromyographique du 8 août 2008 établi par le Dr Z.\_\_\_\_\_, neurophysiologue au Portugal, lequel a retenu une altération significative avec signaux de dénervation active sur le jumeau interne droit, avec réflexe H du nerf tibial et présence de potentiels nerveux sur les nerfs péroniers superficiel et sural droits. Ces résultats étaient compatibles avec une souffrance radiculaire S1 droit, à confirmer par IRM.

- un rapport du 5 janvier 2009 du Dr M.\_\_\_\_\_, lequel a conclu depuis son courrier du 13 octobre 2008 à l'absence d'évolution de la situation médicale, l'assuré présentant des sciatalgies bilatérales, des douleurs rétro-trochantériennes et une sensation de faiblesse globale. Il utilisait en outre toujours des cannes à la marche en raison de douleurs lors de l'appui. Le Dr M.\_\_\_\_\_ se posait dès lors la question de réadresser le patient à un neurologue, tout en précisant que les douleurs présentes comportaient une composante psychologique.

- une nouvelle appréciation médicale du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 3 février 2009: ce praticien a répété qu'une indication opératoire ne lui paraissait pas justifiée et soulignait que l'opération n'avait pas contribué à une atténuation des douleurs. Il rappelait ses doutes sur le diagnostic et, sous réserve de nouveaux éléments sur le plan neurologique, il a considéré qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail et pas d'indice d'une atteinte corporelle notable.

- un rapport d'IRM du 11 août 2008 de la colonne lombaire et du bassin du Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie au Portugal, montrant de légères atteintes dégénératives lombaires et une atrophie avec œdème du grand fessier droit.

Au vu de ces éléments, le Dr U. \_\_\_\_\_, médecin au SMR, a préconisé la mise en œuvre d'une expertise neurologique afin de définir les limitations fonctionnelles d'une éventuelle souffrance radiculaire ou sciatique, ou encore d'une algoneurodystrophie comme suggéré par le Dr N. \_\_\_\_\_.

Dans un rapport d'expertise du 25 janvier 2010, le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a tout au plus retenu une aréflexie achilléenne, éventuellement liée aux conséquences de la ténolyse et de la neurolyse du tronc du nerf sciatique. Il a évoqué l'existence d'une possible discrète épine organique ne pouvant toutefois pas être considérée comme la cause d'une incapacité de travail significative dans une activité adaptée. Il a dès lors conclu à une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle de maçon et à une capacité de travail entière avec un rendement à 100 % dans une activité adaptée soit évitant les charges trop lourdes, la station debout prolongée et les déplacements prolongés. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a enfin préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin d'apprécier un probable syndrome somatoforme douloureux.

Par avis médical du 10 mai 2010, le Dr U. \_\_\_\_\_ du SMR a relevé qu'un examen clinique au SMR avait déjà permis d'écarter une incapacité de travail d'origine psychiatrique.

Par courrier du 6 avril 2011 à l'OAI, la CNA a remis un rapport du 26 janvier 2011 du Dr Q. \_\_\_\_\_, lequel a exposé les éléments suivants dans le cadre de son appréciation:

"L'examen réalisé le 18.01.2010 par le Dr L. \_\_\_\_\_ a donc confirmé les constatations recueillies précédemment: pas d'indices suggestifs et notamment pas de mise en évidence électroneurographique d'une lésion du nerf sciatique droit. Pas d'explications à des symptômes invalidants sur un plan neurologique.

Dans ce même contexte, le diagnostic d'un syndrome pyramidal ne peut être retenu; en particulier, l'on ne peut aucunement envisager qu'un tel syndrome prenne des proportions invalidantes.

D'autres mesures d'éclaircissement neurologiques ne peuvent être recommandées, d'autant plus que l'assuré n'a pas exprimé le désir de se soumettre à un nouvel examen électroneurographique qui était prévu pour le 15.11.2010. Le Dr L. \_\_\_\_\_ avait déjà réalisé un tel examen en janvier 2010. A l'époque, ce spécialiste n'avait pas pu compter sur une coopération suffisante de la part de l'assuré. Cependant, cet état de fait n'a pas vraiment modifié la significativité des résultats obtenus. En particulier, il n'a fourni aucunes données importantes qui permettraient d'éclaircir le rapport de causalité ainsi qu'un processus éventuel conduisant à une invalidité sur le plan neurologique.

Par conséquent, l'on ne met en évidence aucunes suites invalidantes sur un plan neurologique faisant suite à l'intervention de novembre 2008 ou à la chute survenue en 2006. De même, l'on ne peut déceler chez l'assuré de conséquences invalidantes se répercutant dans son existence quotidienne du point de vue de la chirurgie orthopédique, dans le cadre, par exemple, d'activités ne nécessitant pas de sollicitations extrêmes de la hanche droite, comme un accroupissement complet pendant une période prolongée. Les troubles de l'assuré ne sont pas suffisamment importants pour que l'estimation d'une atteinte à l'intégrité soit nécessaire".

Dans un rapport médical du 23 juin 2011 à l'OAI, la psychologue V. \_\_\_\_\_, supervisée par la Dresse H. \_\_\_\_\_ (médecin responsable) a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen depuis septembre 2008, les difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de vie étant sans effet sur la capacité de travail. L'anamnèse mentionnait un accident de travail en mars 2006

(déchirure de muscles). Le patient se plaignait de "difficultés de sommeil (sommeil léger) avec cauchemars dont il ne se souvient pas du contenu. Sentiment de confusion, de "tête lourde", violents maux de tête, problème de mémoire. Tristesse, tension, irritabilité. Sentiments de découragement, de perte, d'injustice voire parfois de révolte. Désespoir et (rarement) idées autour de la mort. Sentiment de maltraitance subie - par le nombre d'expertises et l'attitude des médecins (non reconnaissance)". Au chapitre du constat médical, il a été relevé des "signes de tristesse pendant les séances et il a parfois des larmes aux yeux. Il s'exprime peu et sa capacité d'introspection est faible. Il est orienté aux 4 modes et ne présente pas de troubles de la vigilance ni de l'attention. Le cours de la pensée ne paraît pas perturbé". Le traitement actuel consistait en un soutien psychothérapeutique individuel à la fréquence d'une séance mensuelle et participation à une thérapie de groupe une fois par mois. Une thérapie de couple était préconisée, laquelle était pour l'instant refusée par l'épouse de l'assuré.

Par avis médical du 6 juillet 2011, le Dr U.\_\_\_\_\_ a constaté que la Dresse H.\_\_\_\_\_ avait renvoyé au médecin traitant pour connaître le traitement administré, ce qui signifiait qu'elle n'avait elle-même ordonné aucun médicament psycho-actif, le Dr U.\_\_\_\_\_ craignant qu'elle ne connaisse pas elle-même le traitement prescrit par le médecin traitant. La Dresse H.\_\_\_\_\_ ne s'était en outre pas prononcée sur la capacité de travail de son patient, pas plus que sur d'éventuelles mesures de réadaptation. Le Dr U.\_\_\_\_\_ a enfin relevé que le diagnostic retenu n'était pas étayé, l'état dépressif réactionnel recouvrant un trouble de l'adaptation n'étant pas invalidant au sens de l'Al.

**c)** Par décision du 7 novembre 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision du 24 décembre 2008.

Par décision du 20 décembre 2011, confirmée sur opposition le 2 mars 2012, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 17 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 2011 et a nié tout droit à une indemnité pour atteinte à

l'intégrité. Ce prononcé a fait l'objet d'un recours devant la Cour de céans laquelle l'a rejeté par arrêt de ce jour (AA 43/12 - 80/2013).

**C.** Par acte de son mandataire du 12 décembre 2011, R. \_\_\_\_\_ recourt contre la décision du 7 novembre 2011 de l'intimé et conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité au-delà du 30 juin 2008, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire. Il soutient que l'intimé a fait preuve d'arbitraire dans l'appréciation des preuves relatives à son état de santé. Ainsi, l'intimé n'a pas indiqué les motifs qui lui permettaient de retenir une pleine capacité de travail à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2008, malgré la persistance, voire l'aggravation de son état de santé. Il allègue que l'absence d'éléments médicaux objectifs pouvant expliquer l'atteinte dont il souffre ne suffisait pas à conclure à une capacité de travail entière en retenant que la ténotomie pratiquée le 23 janvier 2008 avait eu l'effet escompté. Il critique l'absence d'expertise psychiatrique telle que préconisée par le Dr L. \_\_\_\_\_, le rapport du SMR du 15 mars 2008 étant trop ancien, peu clair et incomplet. Il expose en outre qu'il ne présente aucune capacité de travail dans une activité adaptée. Outre le fait qu'il maîtrise mal le français et qu'il n'est pas au bénéfice d'une formation professionnelle, les limitations qu'il présente sont très contraignantes et ses atteintes à la santé très importantes. Il critique par ailleurs le taux d'abattement de 10% finalement retenu, estimant qu'il est insuffisant, et soutient que le taux d'abattement maximal de 25% est pleinement justifié. Il relève enfin que le calcul du taux d'invalidité effectué par l'intimé contient des "imprécisions".

Dans sa réponse du 20 février 2012, l'intimé conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il relève en substance que le recourant n'a bénéficié d'aucune prise en charge psychiatrique avant l'expertise neurologique du Dr L. \_\_\_\_\_. Au terme de son travail, l'expert n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique. C'est l'absence de corrélation entre l'examen clinique, parfaitement normal, et les plaintes, qui a suggéré une composante psychiatrique sous forme d'une

amplification des plaintes. Par ailleurs, l'anamnèse relevée par l'expert ne suggère aucune modification de l'état de santé depuis 2008. L'intimé conclut dès lors à la présence à l'heure actuelle d'une dysthymie telle que décrite par le psychiatre consultant dans le rapport du SMR du 23 octobre 2008, raison pour laquelle une expertise psychiatrique n'est pas nécessaire.

Dans ses déterminations du 2 mai 2012, le recourant produit une expertise privée dont le rapport a été établi le 7 mai 2011 par la Dresse B.\_\_\_\_\_, médecin au Portugal, laquelle a retenu une incapacité de travail de 66.2 % liée aux conséquences de l'accident du 3 mars 2006 ou à tout le moins de 32.2 % pour les seules atteintes neurologiques et de l'appareil locomoteur, le 34% restant étant attribué à des troubles psychiatriques. Dans ce contexte, le recourant soutient qu'il se justifie "pleinement d'ordonner une expertise psychiatrique est en l'occurrence une mesure d'instruction indispensable pour déterminer les causes des douleurs extrêmement invalidantes actuellement ressenties par le recourant". Il requiert en outre l'audition d'un témoin, lequel est un ami et qui pourra notamment décrire l'isolement social dont il souffre en raison des douleurs invalidantes. Il sollicite enfin l'octroi de l'assistance judiciaire.

Par décision du 8 mai 2012 (AJ 12.017616), le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 2 mai 2012 et limitée à la désignation d'un avocat d'office désigné en la personne de Me Ana Rita Perez, le recourant s'étant acquitté de l'avance de frais. Le recourant a en outre été exonéré de toute franchise mensuelle.

Dans ses observations du 24 juillet 2012, l'intimé, se référant à l'avis médical du SMR du 10 juillet 2012, constate que l'expertise de la Dresse B.\_\_\_\_\_ ne contient aucun élément nouveau susceptible d'établir la nécessité de mettre en œuvre un complément d'instruction. La Dresse B.\_\_\_\_\_ ne s'est notamment pas prononcée sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée.

Le 26 février 2013, Me Perez a fourni la liste de ses opérations du 2 mai 2012 au 26 février 2013.

Par courrier du 18 mars 2013 à Me Perez, le juge en charge du dossier a notamment précisé ce qui suit:

"Votre lettre du 26 février 2013 m'est bien parvenue, de même que votre liste des opérations. Je pars du principe que cette liste concerne votre mandat d'office dans les deux dossiers AI 358/11 et AA 43/12. J'observe toutefois qu'elle ne comprend aucune opération pour la période du 19 avril au 2 mai 2012 dans la procédure AA 43/12. Je vous laisse donc le soin de la compléter si nécessaire, dans un délai échéant le 22 avril 2013.

Par ailleurs, je vous informe que les pièces de la cause AI 358/11 sont versées au dossier de la cause AA 43/12, et inversement: Cela étant, les deux causes paraissent en l'état d'être jugées, sans que la mesure d'instruction (audition d'un témoin) que vous avez requise dans la cause AI 358/11 soit nécessaire. Cette requête est donc rejetée, sous réserve d'un avis contraire de la Cour lorsque je lui aurai soumis un projet de jugement.

Un jugement sera rendu, sauf nouvelle réquisition, à l'échéance du délai imparti ci-avant. Je n'ai pas d'objection à fixer dans l'arrêt le montant des dépens ou de l'indemnité d'office en opérant une distinction entre la période courant jusqu'au 1<sup>er</sup> février 2013 et la période postérieure, dans le sens de votre lettre du 26 février courant. Dans ce contexte, le tribunal fixera d'office l'indemnité pour les opérations postérieures au 26 février 2013, à moins que vous ne souhaitiez déposer une liste complémentaire des opérations, toujours dans le délai fixé ci-avant".

Me Perez n'a pas fourni de liste complémentaire dans le délai qui lui avait été 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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours

doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente.

**2.** Le litige porte sur le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 30 juin 2008, singulièrement sur sa capacité de travail et le taux fondant le droit à cette prestation.

**a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de

longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

**b)** 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 pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

Dans une jurisprudence récente, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). Le juge ne s'écarter en principe 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 (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

**c)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi

objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine; 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées; TF, 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1).

Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible; la jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 p. 71; TF, 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté; dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs; la question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères, au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF, 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée; il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie); enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de

demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF, 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2).

Sous réserve d'une gravité particulière, le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4<sup>e</sup> éd., p. 191), sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1; TFA I 513/05 du 7 septembre 2006).

**3. a)** En l'espèce, sur le plan somatique, contrairement aux déclarations du recourant (rapport médical du 23 juin 2011 à l'OAI de la psychologue V.\_\_\_\_ et de la Dresse H.\_\_\_\_), celui-ci n'a pas subi une fracture de la hanche le 3 mars 2006, mais une simple contusion (rapports LAA des 24 mars 2006 et 29 juin 2006 du Dr E.\_\_\_\_). Par la suite, le recourant a présenté des douleurs à la fesse droite motivant le diagnostic de tendinopathie calcifiante fessière droite au décours (rapport du 11 janvier 2007 de la Clinique S.\_\_\_\_). Toutefois, à la suite du traitement de physiothérapie dispensée à la Clinique S.\_\_\_\_, les douleurs précitées ont disparu au profit de l'apparition de douleurs lombaires sans déficit sensitivo-moteur. Dans son rapport du 1<sup>er</sup> mai 2007, le Dr W.\_\_\_\_, neurologue, a estimé que le status clinique était très évocateur d'un syndrome du piriforme et a préconisé une approche chirurgicale visant à libérer le tendon du piriforme et à procéder à une neurolyse des branches du tronc sciatique. Malgré une intervention chirurgicale pratiquée le 28 janvier 2008 par le Dr N.\_\_\_\_, l'évolution

s'est révélée défavorable avec une augmentation des douleurs et une réduction du périmètre de marche, le Dr M. \_\_\_\_\_ (rapport du 16 juin 2008) retenant les diagnostics de lombo-sciatalgies essentiellement droites et de syndrome irritatif persistant et précisant que l'invalidité dans le membre inférieur droit dépassait largement le traumatisme initial. Dans son rapport du 10 novembre 2008, le Dr P. \_\_\_\_\_ a retenu que les examens radiologiques ne mettaient pas en évidence d'atteinte significative à la santé hormis une tendinopathie du pyramidal avec calcification. En l'absence de pathologie significative à la suite d'un traumatisme banal, l'expert a retenu le diagnostic de majoration de plainte avec amplification des symptômes. Par la suite, le Dr M. \_\_\_\_\_ a évoqué une possible composante psychologique s'agissant des douleurs, voire une algoneurodystrophie au niveau du membre inférieur droit (courrier du 5 janvier 2009 à la CNA). S'agissant d'une possible lésion neurogène (notamment rapport du 8 août 2008 du Dr Z. \_\_\_\_\_), le Dr L. \_\_\_\_\_ a tout d'abord mis en doute le diagnostic de syndrome pyramidal. Après avoir procédé à l'examen clinique du recourant, l'expert a retenu qu'il présentait un tableau de chronicisation douloureuse sans substrat somatique objectivable, hormis une possible atteinte radiculaire S1 ou une discrète atteinte séquellaire du tronc du nerf sciatique, les deux hypothèses lésionnelles pouvant expliquer l'aréflexie achilléenne droite et les signes de dénervation spontanés observés par le Dr Z. \_\_\_\_\_. Ces éléments n'expliquaient toutefois pas, selon l'expert, l'importance et l'extension des douleurs et des troubles sensitivo-moteurs (rapport d'expertise du 25 janvier 2010, p. 13). Mis à part un status douloureux et une possible discrète atteinte potentielle neurologique représentant une épine organique, tant l'expert que les divers intervenants (notamment Drs K. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_, ainsi que la Clinique S. \_\_\_\_\_) n'ont pas trouvé d'explication morphologique à la persistance d'une symptomatologie douloureuse d'une telle intensité. Quant aux examens radiologiques effectués depuis l'accident (radiographies du bassin face, deux IRM du bassin, deux IRM lombaire et du bassin, IRM de la colonne lombosacrée, radiographies standard du bassin, des hanches, fonctionnelle et de la colonne lombosacrée), ils présentaient des résultats sans particularité.

Il convient de constater que l'ensemble des médecins consultés (y compris la Dresse B.\_\_\_\_\_) a reconnu au recourant une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de maçon. Pour le Dr P.\_\_\_\_\_, la capacité de travail était en outre complète dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (soit sans port de charges de plus de 19 kg, sans porte-à-faux et avec l'alternance des positions assise et debout). Sur ce point, le Dr L.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il était "*préférable d'admettre que M.R.\_\_\_\_\_ pourrait présenter des difficultés dans l'activité de maçon qu'il exerçait préalablement étant donné le caractère fortement "physique" de ce type d'activité*" (rapport du 25 janvier 2010, p. 14). S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, la Cour de céans ne voit aucune raison de s'écarter des conclusions du Dr L.\_\_\_\_\_ dont le rapport décrit de façon détaillée la situation médicale du recourant, ainsi que les limitations fonctionnelles qui en découlent, à savoir que le recourant doit éviter les charges trop lourdes, la station debout prolongée et les déplacements prolongés. Comme le Dr L.\_\_\_\_\_, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail entière sans diminution de rendement dans une activité adaptée. Certes, le Dr L.\_\_\_\_\_ (rapport d'expertise du 25 janvier 2010, p. 14) a exclu les déplacements importants afin d'éviter un engagement physique important trop grand. Quoiqu'en pense le recourant, cet élément ne saurait remettre en cause à lui seul l'appréciation consensuelle des experts quant à la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, ni le choix de l'activité à retenir dans l'établissement du revenu d'invalidé.

Le rapport de la Dresse B.\_\_\_\_\_, dont on ignore la spécialité, ne permet pas de battre en brèche l'appréciation des experts P.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_. En effet, la Dresse B.\_\_\_\_\_ s'est limitée à rappeler la situation médicale complexe vécue par le recourant en mentionnant de nombreux diagnostics sans toutefois motiver de manière circonstanciée les raisons qui l'ont conduite à reconnaître une incapacité de travail de 66.2% et sans préciser dans quel type d'activité. Sur la base du dossier, d'un examen clinique, ainsi que d'une IRM de la colonne lombosacrée, elle a en effet retenu que le recourant souffrait de graves séquelles de ténotomie du muscle, du muscle pyramidal et de la neurolyse du nerf sciatique droit,

d'une algoneurodystrophie et de lombalgies chroniques. Sans se prononcer sur l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_, la Dresse B.\_\_\_\_\_ a ainsi exposé que les points de douleur qu'elle avait pu mettre en évidence étaient *"suffisants pour [les] associer aux séquelles de l'intervention chirurgicale du syndrome piriforme droit et atrophie musculaire globale"* et que *"les éléments disponibles permettent de déterminer qu'il existe un lien de causalité entre l'accident du travail survenu le 03.03.2006 et les séquelles (...) dont il souffre à cette date, fondé sur la concordance de siège entre le traumatisme et la séquelle résultante, l'existence de la continuité symptomatologique et la concordance temporaire entre le traumatisme et les séquelles résultantes, le type de lésions est adéquat à une étiologie traumatique, le type de traumatisme est adéquat pour produire ce type de lésions"*. En outre, la symptomatologie dont a fait état la Dresse B.\_\_\_\_\_ résulte pour l'essentiel des seules plaintes exprimées par le recourant. En effet, l'IRM de la colonne lombosacrée réalisée le 27 avril 2011 n'a mis en évidence que de légères altérations dégénératives disco-vertébrales lombaires entraînant une réduction de l'amplitude des foramens en L3-L4 et L4-L5 ainsi que la gauche L5-S1, sans hernies ou signes de pathologies discales compressives. En définitive, le rapport de la Dresse B.\_\_\_\_\_ conclut à une incapacité de travail définitive dans l'activité de maçon, élément qui avait déjà été admis en 2008 par le Dr P.\_\_\_\_\_, mais ne se prononce nullement sur l'exigibilité dans une activité adaptée (avis médical du SMR du 10 juillet 2012).

**b)** Au vu des éléments précités, il convient de retenir que dans le cadre de son recours, R.\_\_\_\_\_ n'a pas démontré qu'il existerait au dossier une appréciation médicale objective opposée aux éléments retenus par l'intimé sur le plan somatique. Le recourant n'a en outre ni fait état, ni rendu vraisemblable une évolution de son état de santé physique dans le sens d'une aggravation entre l'examen clinique rhumatologique du SMR du 23 décembre 2008 et la décision attaquée. S'il est vrai que sur la base de l'examen rhumatologique et neurologique pratiqués, les Drs P.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ ont évoqué un syndrome douloureux chronique compte tenu des douleurs dont a fait état le recourant, il convient toutefois de rappeler qu'un tel diagnostic ne peut se voir reconnaître

qu'exceptionnellement un caractère invalidant, aux conditions posées par la jurisprudence (cf. consid. 2c supra).

**4. a)** Sur le plan psychique, le Dr L.\_\_\_\_\_ qui n'est pas un spécialiste en psychiatrie, a relevé qu'il y avait une prépondérance d'éléments psychiques sur les éléments somatiques compte tenu d'un tableau de chronicisation et d'amplification majeure de douleurs. Il a ainsi préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Toutefois, une atteinte psychiatrique invalidante avait été écartée par le Dr T.\_\_\_\_\_ lors de l'examen psychiatrique du 23 octobre 2008, ce dernier ne retenant qu'une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité était insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger. Dans son rapport médical du 23 juin 2011, la psychologue V.\_\_\_\_\_ et la Dresse H.\_\_\_\_\_ ont posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen depuis septembre 2008, soit antérieurement au rapport du 10 novembre 2011 du SMR, sans clairement évaluer l'incapacité de travail du recourant. Ce rapport ne saurait remettre en cause l'appréciation du Dr T.\_\_\_\_\_, dans la mesure où il est lacunaire et que la seule baisse d'une thymie ne permet pas de motiver un diagnostic de trouble dépressif moyen si l'on s'en tient aux critères de la CIM-10 (avis médical du 6 juillet 2011 du SMR). Quoiqu'en dise le recourant, le rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ du 10 novembre 2011 garde toute sa valeur probante, la psychologue V.\_\_\_\_\_ et la Dresse H.\_\_\_\_\_ n'ayant pas attesté une quelconque aggravation sur le plan psychique depuis la première consultation du recourant auprès d'O.\_\_\_\_\_ le 29 septembre 2008. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a en outre décrit et pris en considération les plaintes exprimées par le recourant. Les raisons pour lesquelles une dépression chronique de l'humeur selon la terminologie de la CIM-10, sont les mieux à même de décrire la psychopathologie du recourant, ont fait l'objet d'une démonstration convaincante. Il en va de même des raisons pour lesquelles le Dr T.\_\_\_\_\_ a considéré que l'on pouvait écarter d'autres troubles psychiatriques et en particulier des troubles psychotiques et un trouble de la personnalité. Certes, la Dresse B.\_\_\_\_\_ a indiqué que le recourant présentait une incapacité de travail de 34% *"en vertu des informations et de l'examen physique relevé, d'admettre que l'expertise présente un*

*syndrome dépressif degré II [NDLT: basé sur l'indicateur portugais d'incapacités - perturbations fonctionnelles modérées avec une légère diminution du niveau d'efficacité personnelle ou professionnelle]*" (rapport du 7 mai 2011, p. 27). Outre le fait que la Dresse B. \_\_\_\_\_ ne semble pas être une spécialiste en psychiatrie, son appréciation se fonde, dans une très large mesure sur les plaintes et indications - non étayées par des observations médicales concluantes - du recourant. Sa valeur objective doit donc être fortement relativisée, ce d'autant plus que le trouble dépressif dont la Dresse B. \_\_\_\_\_ fait état n'a pas été analysé selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) par exemple. On observera enfin que la Dresse B. \_\_\_\_\_ a préconisé une consultation annuelle seulement, ce qui ne dénote pas un trouble grave.

**b)** A cet égard, le recourant semble méconnaître le fait que la fixation de la gravité d'un trouble dépressif ou d'un trouble de la personnalité par exemple, ainsi que leur évolution est, par essence, toujours le fruit de l'exercice du pouvoir d'appréciation. C'est ainsi que le caractère fiable de constatations psychiatriques est très limité, en particulier lorsque les diagnostics portent sur des troubles dépressifs mis en évidence par des médecins traitants ou lors de situations de crise. Il s'ensuit que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique ne serait justifiée que dans l'éventualité où l'appréciation de la Dresse H. \_\_\_\_\_ devait contenir des éléments objectifs mettant en doute les conclusions du Dr T. \_\_\_\_\_ quant aux répercussions des troubles présentés sur la capacité de travail du recourant, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

**c)** Enfin, dans le contexte d'un syndrome douloureux, le Dr T. \_\_\_\_\_ a procédé à l'examen des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant d'un tel trouble. En l'absence d'une comorbidité invalidante chez le recourant, l'expert a examiné s'il remplissait les autres critères consacrés par la jurisprudence, dont l'existence permettrait d'admettre le caractère non exigible de la reprise du travail. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a constaté qu'il n'y avait pas de perte d'intégration sociale, le

recourant déclarant des relations amicales et familiales qu'il rencontre régulièrement. Il n'y avait pas non plus d'échec au traitement, dans la mesure où aucun traitement psychiatrique n'était envisagé, mis à part la prescription d'une médication psychotrope par son médecin traitant. Certes, un état psychique cristallisé pour tirer profit de la maladie semblait être installé. Toutefois, les éléments précités ne permettent pas de retenir que le syndrome douloureux se manifeste avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur complète de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée ne peut plus être raisonnablement exigée.

**d)** En définitive, la décision du 7 novembre 2011 échappe à la critique en tant qu'elle retient que le recourant conserve une pleine capacité dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles telles que retenues par le SMR (rapport du 10 novembre 2008) et ce, dès le 1<sup>er</sup> juillet 2008, soit après trois mois après l'amélioration constatée et ce, à l'issue du période de six semaines de convalescence depuis l'intervention chirurgicale du 23 janvier 2008. La Cour de céans ne saurait dès lors fonder son jugement sur le travail que le recourant s'estime capable de fournir, mais bien sur celui qui est objectivement compatible avec son état de santé, tel qu'il ressort des rapports médicaux ayant valeur probante. Une expertise judiciaire n'apparaît pas de nature à modifier cette appréciation, de sorte qu'il convient d'y renoncer.

**5.** Conformément à l'obligation de diminuer le dommage, le recourant est tenu d'atténuer par tous les moyens les effets de son invalidité en tirant parti de son entière capacité résiduelle de travail (ATF 123 V 96 consid. 4c; 113 V 28 consid. 4a; TFA I 606/02 du 30 janvier 2003, consid. 2 et les références citées). Par conséquent, il s'agit de déterminer la perte de gain que subirait le recourant dans l'exercice d'une activité médicalement exigible.

**a)** L'invalidité, notion juridico-économique et non médicale, est évaluée, chez les assurés actifs, en comparant le revenu que l'intéressé pourrait obtenir en exerçant une activité qu'on peut raisonnablement

attendre de lui sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide) avec le revenu qu'il aurait eu s'il n'était pas devenu invalide (revenu sans invalidité), ce qui correspond à la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1, ATF 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main-d'oeuvre. S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C\_446/2008 du 18 septembre 2008, 9C\_236/2008 du 4 août 2008 et I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; VSI 6/1999 p. 247 consid. 1 et les références citées).

La comparaison des revenus (revenu avec invalidité et revenu sans invalidité) s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29, consid. 1; 104 V 135, consid. 2a et 2b).

**b)** Selon la jurisprudence constante fédérale, lorsque l'assuré n'a pas 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 75, 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.

Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1).

**c)** Lorsque le revenu d'invalidé est fixé sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (cf. ATF 126 V 175; Ueli Kieser, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht (ASTG), in: SBVR, Soziale Sicherheit, 2<sup>ème</sup> édition, Bâle 2007, ch. 25, p. 248). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (ATF 126 V 75, consid. 5b/aa). A cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles dans lesquelles se trouvent la personne invalide, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de services, la nationalité, ou la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'activité (ATF 126 V 75, consid. 5a/cc). La mesure dans laquelle les salaires ressortissant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge; il ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances

d'espèce (ATF 137 V 71, consid. 5.2; ATF 126 V 75, consid. 5b/bb). Le pouvoir d'examen du juge cantonal des assurances sociales s'étend à l'opportunité de la décision administrative et n'est pas limité à la violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (ATF 137 V 71, consid. 5.2). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a adoptée, dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71, consid. 5.2). Enfin, il y a lieu de rappeler que de jurisprudence constante, la déduction globale maximale est limitée à 25 % (cf. notamment : TF 9C\_692/2010 du 31 janvier 2011, consid. 3.5).

**d)** En l'occurrence, le recourant reproche à l'intimé de n'avoir appliqué qu'un facteur d'abattement de 10% sur le revenu établi à partir des statistiques salariales au lieu des 25% qu'il avait revendiqués. Ce grief est inopérant, car même si un abattement de 25% avait été pris en compte, le degré d'invalidité n'atteindrait pas le seuil de 40% ouvrant droit à la rente. S'agissant des connaissances du recourant en français, ce dernier a allégué qu'il ne s'exprimait pratiquement pas dans cette langue. Ce grief ne résiste pas à une lecture attentive du dossier. En effet, il sied de rappeler que l'intéressé a suivi des cours de français dès 2008 et qu'il a fait d'importants progrès. En effet, à la suite d'un entretien de placement le 30 janvier 2009 avec un conseiller en orientation, ce dernier a relevé que "*notre assuré a fait de très bons progrès en français suite aux cours qu'il suit, il comprend très bien et parle sans difficultés*" (procès-verbal de premier entretien du 30 janvier 2009). Par ailleurs, s'il est vrai que le recourant ne dispose d'aucun diplôme, les activités adaptées envisagées (qualification 4, simples et répétitives) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique; l'aide au placement dont la possibilité a été évoquée, mais pour l'instant refusée par le recourant devrait dès lors être suffisante, dans la mesure où elle se révélerait

nécessaire. Dans les présentes circonstances, l'intimé est resté dans les limites de son pouvoir d'appréciation en retenant un abattement de 10% sur ce salaire statistique. Celui-ci tient compte de manière appropriée du parcours professionnel du recourant et des limitations somatiques, éléments pouvant influencer concrètement les perspectives salariales du recourant dans le cadre de l'exercice d'une activité simple, légère et ne nécessitant pas de formation particulière.

**e)** Il s'ensuit que le calcul effectué par l'intimé pour établir le revenu d'invalidé à 55'250 fr. 50 ne prête pas flanc à la critique. Il n'en va pas différemment des constatations relatives au revenu sans invalidité de 58'685 fr. 80. Le recourant ne soulève d'ailleurs aucune critique précise sur ce point, se limitant à évoquer des "imprécisions". Le degré d'invalidité fixé par les premiers juges à 5.85% doit être arrondi à 6% (voir ATF 130 V 121), taux insuffisant pour maintenir le droit à la rente au-delà du 30 juin 2008.

**6. a)** Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe.

**c)** Par décision du 8 mai 2012 (AJ 12.017616), le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Ana Rita Perez à compter du 2 mai 2012 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Celle-ci a produit une liste de ses opérations (à verser sur le compte de l'Etude dont elle était avocate

collaboratrice) faisant état de débours par 56 fr. 80 et d'un temps consacré à la défense du recourant de 4 heures et 10 minutes. Cette liste porte sur son mandat d'office dans les deux causes AI 358/11 et AA 43/12. Me Perez a ainsi droit à une indemnité d'honoraire de 750 fr. (soit 4 h 10 à 180 fr.) montant auquel il convient d'ajouter la TVA par 60 fr et à des débours par 61 fr. 35 (dont 4 fr. 55 de TVA). L'indemnité globale doit ainsi être fixée à 871 fr. 55, débours et TVA compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 7 novembre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
  
- V.** L'indemnité d'office de Me Ana Rita Perez, conseil du recourant, est arrêtée à 871 fr. 55 (huit cent septante et un francs et cinquante-cinq centimes) (débours et TVA compris).
  
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Ana Rita Perez, avocate à Lausanne (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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

La greffière :