

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 avril 2013

---

Présidence de     Mme     DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :     MM. Neu et Métral  
Greffière     :     Mme     Barman Ionta

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat, agissant pour le compte de l'association suisse des assuré(e)s (ASSUAS), à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 et 8 LAI**

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

**A.** W. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), ressortissant portugais né en 1964, divorcé et père de quatre enfants, est au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité de grutier. Dès juillet 2008, il a travaillé pour l'entreprise [...] SA, à Lausanne. A ce titre, il était assuré contre le risque accident par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA).

Le 3 février 2010, l'assuré a été victime d'un accident de travail en raison d'une chute d'une hauteur de quatre mètres environ, lors duquel il a subi des contusions multiples, sans présenter de lésions osseuses. L'accident a été annoncé à la CNA, laquelle a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières.

Une imagerie par résonance magnétique (ci-après: IRM) réalisée en mars 2010 n'a révélé qu'un status post fixation antérieure C6-C7 - l'assuré ayant bénéficié d'une cure de hernie discale cervicale avec spondylodèse en mars 2008 -, sans évidence de hernie discale, de compression radiculaire, de complication de l'opération ni de fracture.

L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR) du 23 juin au 27 juillet 2010. Selon le rapport de sortie du 30 juillet 2010, les diagnostics suivants ont été retenus:

### "DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Réadaptation neurologique pour rachialgies cervico-dorsales, d'origine musculo-squelettique non spécifique, persistantes.

### DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- Chute d'une échelle le 03.02.2010 avec contusions multiples.
- Uncodiscarthrose C5-C6.
- Antécédent de spondylodèse C6-C7.
- Discrète séquelle localisée (D8-D9) de dystrophie rachidienne de croissance.
- Notion de fracture des côtes en 2003."

Les médecins de la CRR ont relevé un comportement très algique, de nombreux signes de non-organicité et une coopération insuffisante lors des tests fonctionnels. L'évaluation psychiatrique n'avait pas mis en évidence de pathologie notoire, hormis un possible trouble de l'adaptation à tonalité dépressive, avec irritabilité, et des traits de personnalité obsessionnelle. Une pleine capacité de travail devait être reconnue dans un délai raisonnable, en l'absence de lésion somatique objectivable; le pronostic de réintégration dans le monde professionnel paraissait toutefois sombre, eu égard aux discordances et aux signes et symptômes de non organicité.

Par décision du 12 août 2010, la CNA a mis fin aux prestations avec effet au 15 août 2010, exposant que les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident mais étaient exclusivement de nature malade.

Dans le cadre de la procédure d'opposition, le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé le 28 octobre 2010 à un examen de l'assuré. Ce dernier lui a fait part de douleurs persistantes dans tout le rachis et l'hémicorps droit. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a constaté que l'assuré marchait en décharge du membre inférieur droit, avec des difficultés très démonstratives, et s'aidait d'une canne anglaise. Il se plaignait et gémissait sans cesse. La mobilité rachidienne était inévaluable et la mobilisation s'accompagnait de contorsions et de mimiques douloureuses. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a conclu à l'absence de déficit neurologique aux membres supérieurs et inférieurs. La situation ne trouvait pas d'explication médicale et il se justifiait de mettre fin aux prestations.

Par décision sur opposition du 23 décembre 2010, la CNA a confirmé sa décision.

**B.** Le 15 décembre 2010, W.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de

Vaud (ci-après: l'OAI), tendant à l'octroi d'une rente, en raison de douleurs à l'épaule droite et dans la jambe droite.

L'OAI a requis le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, de lui adresser un rapport médical. Le 21 février 2011, il a posé les diagnostics de rachialgies post-traumatiques et d'état dépressif profond, existant depuis février 2010 et affectant la capacité de travail. Il a également posé le diagnostic de status après spondylodèse antérieure (C6-C7), existant depuis 2008 et sans répercussion sur la capacité de travail. Les plaintes de l'assuré concernaient des douleurs intenses de l'épaule droite et de l'hémicorps droit, insomniantes et rebelles au traitement médicamenteux ou physiothérapeutique; il se déclarait inapte à tout mouvement et effort physique. Selon le Dr M.\_\_\_\_\_, l'assuré présentait une grave comorbidité psychiatrique. L'incapacité de travail était totale depuis le 3 février 2010, le pronostic était sombre et il ne fallait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à court terme.

Le 21 mars 2011, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, médecin associé au Département de l'appareil locomoteur au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après: CHUV), a adressé à l'OAI un rapport médical établi le 2 mars précédent à l'attention du Dr M.\_\_\_\_\_. Dans son courrier à l'OAI, le Dr X.\_\_\_\_\_ indiquait ne pas avoir pu poser de diagnostic précis sur le plan somatique, hormis celui de probable syndrome d'amplification de la douleur, très vraisemblablement dans le contexte d'un état anxio-dépressif doublé d'un catastrophisme majeur, chez un patient incapable d'intégrer sa situation somatique avec ses souffrances existentielles. Il estimait qu'une évaluation psychiatrique en plusieurs étapes était indispensable, afin d'observer l'évolution de l'assuré. Il précisait ne pas avoir pu mettre en évidence d'éléments en faveur d'une exagération ou d'une amplification volontaires, chez un patient qui lui paraissait psychologiquement incapable d'assumer les contrariétés de sa vie. Finalement, il considérait qu'il était impossible de chiffrer la capacité de travail, tout comme d'évaluer la capacité fonctionnelle, mais concluait qu'en l'état actuel des

choses, l'incapacité de travail était totale dans n'importe quel domaine. Dans son rapport du 2 mars 2011, il mentionnait les diagnostics suivants:

"Cervico-brachialgies droites dans un contexte de troubles statiques et dégénératifs avec status après spondylodèse C6-C7 en mars 2008

- Périarthropathie de l'épaule droite avec tendinopathie du sus-épineux et arthropathie acromio-claviculaire
- Troubles statiques rachidiens avec possible syndrome de Maigne décompensé.

Déconditionnement physique global et focal avec dysbalances musculaires sur hypoextensibilité probable de la musculature posturale"

Le Dr X. \_\_\_\_\_ expliquait que l'assuré présentait un tableau de douleurs pratiquement ubiquitaires sur l'hémicorps droit, dans les suites d'une chute accidentelle n'ayant pas causé de lésion osseuse identifiable. Le tableau suggérait une kinésiophobie marquée chez un patient présentant peut-être une composante de catastrophisme, dans un contexte social difficile. Il n'avait pas de proposition à formuler au médecin traitant, compte tenu de l'importance de la chronicisation, de l'échec des essais d'antalgie instrumentale et de l'absence d'amélioration à la suite des traitements de physiothérapie. Le pronostic paraissait extrêmement sombre chez un patient probablement incapable d'intégrer sa symptomatologie dans la vie quotidienne, particulièrement d'accepter la douleur initiale au long cours découlant de la mise en route de reconditionnement qui, cependant, sur le plan biologique, était souhaitable mais probablement difficilement réalisable.

Sur mandat de l'OAI, l'assuré a été soumis à une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique au centre d'expertises G. \_\_\_\_\_ (ci-après: centre d'expertises G. \_\_\_\_\_) à [...]. Après avoir examiné l'assuré le 9 juin 2011, les Drs T. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, et K. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont exposé ce qui suit, dans leur rapport du 28 octobre 2011:

#### "5.2 ASPECT SOMATIQUE

[...]

Le bilan radiologique permet de confirmer un état post-spondylodèse cervicale, stable, des lésions modérées de spondylose au niveau dorso-lombaire avec de minimes séquelles d'ostéodystrophie de croissance. Il n'y a pas de lésion objective d'ordre post-traumatique sur l'imagerie IRM.

Tout comme le Dr X. \_\_\_\_\_ qui a examiné le patient de manière complète, je ne trouve pas de pathologie de médecine interne, ni aucune anomalie de l'appareil locomoteur justifiant l'état douloureux que nous relate le patient. La démonstration de sa gestuelle témoigne d'une force conservée, d'une absence d'épargne rachidienne. Les mouvements amples et caricaturaux qu'il adopte pour nous expliquer son handicap ne sont pas ceux que l'on observe habituellement lors de pathologie de l'appareil locomoteur ou de pathologie neurologique.

Tout comme le Dr X. \_\_\_\_\_ l'a suggéré, après avoir pu écarter de mon diagnostic différentiel une pathologie d'ordre somatique, je me suis adressée en travail de synthèse auprès du co-expert psychiatre, pour évaluer s'il y avait une co-morbidité d'ordre psychique justifiant le comportement que l'expertisé m'a permis d'observer.

Nous avons effectué un monitoring thérapeutique des médicaments que M. W. \_\_\_\_\_ a confirmé prendre aux 6 heures. Le paracétamol et la tramadol n'étaient pas détectables selon le laboratoire qui se situait à la limite de détection de la méthode.

Nous interprétons ce manque d'imprégnation médicamenteuse aux doses évoquées – qui auraient permis sinon d'atteindre un taux thérapeutique vu la demi-vie courte de ces substances, du moins un taux détectable – comme une absence de concordance entre les données alléguées et nos constatations. Il est intéressant de relever que les mouvements athlétiques observés ont été réalisés sans qu'il y ait au niveau sanguin un antalgique à un niveau significatif.

### 5.3 ASPECT PSYCHIATRIQUE

[...]

Monsieur W. \_\_\_\_\_ se plaint depuis l'accident de douleurs dorsales et dans l'hémicorps droit, intenses, constantes, qui le bloquent jusque dans la nuque. Ces douleurs s'accompagnent de fourmillements dans le bras droit et la jambe droite. Un tableau dépressif est rapporté par l'expertisé dans les mois qui ont suivi l'accident: il était très abattu, n'avait plus envie de sortir de chez lui, il pleurait; l'expertisé ne rapporte pas d'élément supplémentaire de la lignée dépressive en 2010, et il n'a en particulier pas eu d'idées noires ni d'idées suicidaires. L'expertisé ne présente plus aucune plainte de la lignée dépressive ces derniers mois, il se dit aidé par les antidépresseurs que son médecin traitant lui prescrit et confiant face à l'avenir. Ses douleurs restent cependant non améliorées, constantes et très handicapantes, elles empêchent selon lui toute activité professionnelle et limitent considérablement ses activités au quotidien.

Ces éléments dépressifs anamnestiques ne sont pas suffisamment graves et importants en nombre pour rendre compte du diagnostic

d'Etat dépressif profond retenu par le médecin généraliste dans son rapport du 21.02.2011, rapport qui par ailleurs ne précise pas les éléments objectifs compatibles avec un tel diagnostic. Aucun des symptômes rapportés ou détaillés dans les rapports à notre disposition ne sont de fait suffisamment graves et marqués pour justifier un diagnostic spécifique d'Episode dépressif.

Nous sommes donc en présence d'un tableau de plainte douloureuse non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et résistant à tout traitement, qui s'est accompagné en 2010 de symptômes dépressifs que l'on peut considérer comme des sentiments de détresse d'accompagnement. Nous reprenons en ce sens l'hypothèse émise par notre collègue la Dresse [...] dans son rapport de juin 2010 d'un trouble de l'adaptation présent dans les suites de l'accident pendant quelques semaines, non incapacitant, en rémission.

Un tel tableau où la douleur est la préoccupation essentielle et permanente pourrait évoquer un Syndrome douloureux somatoforme persistant, soit une plainte essentielle qui concerne une douleur intense et persistante, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique, avec sentiment de détresse d'accompagnement. Ce diagnostic n'est cependant pas valide compte tenu de l'absence actuelle de détresse ainsi que de l'absence d'un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux qui seraient suffisamment importants pour être considérés comme la cause essentielle du trouble. Une Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques n'est pas davantage un diagnostic à envisager, faute d'une maladie physique initiale clairement définie. Enfin, les quelques éléments dissociatifs relevés (plaintes sensitivo-motrices latéralisées de fourmillement et de paralysie, peut-être les antécédents de bégaiement après traumatisme), sont insuffisants et trop à l'arrière-plan des plaintes douloureuses pour poser un diagnostic de trouble de conversion.

Force est de constater que cette présentation clinique n'entre pas dans une entité diagnostique psychiatrique de référence. Nous nous retrouvons face à un assuré adoptant un comportement de malade qui nous paraît sortir du champ médical, avec notamment une nette disproportion entre les douleurs alléguées et les capacités observées à l'examen clinique physique, des douleurs décrites comme très intenses mais demeurant vagues, et des revendications basées davantage sur une compensation financière que sur des soins. Le monitoring thérapeutique a montré une inobservance importante.

Nous mettons en évidence également de nombreux éléments paramédicaux qui influencent défavorablement la situation (personnalité fruste, scolarisation rudimentaire, faible intégration sociale, faible motivation, besoins familiaux).

La prise en charge offerte paraît adéquate dans ce contexte, dans le sens d'un soutien psychosocial. En l'absence de pathologie psychiatrique avérée, le traitement anti-dépresseur n'est actuellement pas nécessaire.

En l'absence de trouble psychiatrique significatif, il n'y a pas de limitation de la capacité de travail d'un point de vue psychiatrique.

L'expertisé ne présente par ailleurs pas de trouble psychiatrique avéré qui limiterait ses capacités d'adaptation.

Le pronostic reste réservé dans cette situation où l'assuré se place en position d'invalidé depuis plusieurs années maintenant, et où les bénéfices secondaires à la maladie sont très importants.

#### 6. CONCLUSION CONSENSUELLE ENTRE LES DEUX EXPERTS

La présente expertise n'a pas permis de mettre en évidence une affection malade ou post-traumatique justifiant un arrêt de travail prolongé pour raison médicale. Nous considérons qu'à partir d'août 2010 l'exigibilité au travail était restituée."

Au terme de leur rapport, les experts précisait que la spondylodèse était stable et n'avait jamais empêché l'assuré de travailler. S'agissant des autres diagnostics - excès pondéral, spondylodiscarthrose modérée prédominant en C5-C6 sans myélopathie ni radiculopathie, séquelles très modérées d'ostéodystrophie de croissance et status après cure de hernie inguinale droite -, ils n'atteignaient pas le seuil d'une incapacité durable de travailler selon l'expérience de ces atteintes dégénératives radiologiques banales et fréquentes dans l'ensemble de la population et l'observation de la gestuelle en cours d'examen permettait de confirmer qu'elles ne donnaient lieu à aucune limitation fonctionnelle.

Dans un courrier du 7 septembre 2011 adressé au mandataire de l'assuré et faisant références aux avis médicaux de la CNA, le Dr M.\_\_\_\_\_ rappelait l'appréciation du Dr X.\_\_\_\_\_, savoir une situation chronifiée, l'absence de lésion décelable à l'origine des douleurs dans l'hémicorps droit et un pronostic sombre chez un patient semblant pétrifié dans sa douleur et dans une situation psychosociale précaire. Il indiquait que l'assurance perte de gain maintenait sa position de ne plus se sentir concernée. Le Dr M.\_\_\_\_\_ arguait que les plaintes de son patient, qui se sentait incompris et victime, s'en trouvaient exacerbées et que la situation restait dans l'impasse.

Examinant les pièces médicales dans un rapport du 2 novembre 2011, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) a retenu les diagnostics de cervico-dorsalgies chroniques non spécifiques et de status après cure de hernie discale C6-C7 et

spondylodèse en mars 2008. Il a reconnu qu'une activité adaptée (permettant l'alternance des positions, sans port de charges supérieures à 10 kg, sans porte-à-faux ni travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale) ainsi que l'activité habituelle de grutier étaient exigibles à un taux de 100%, depuis le mois d'août 2010.

**C.** Le 14 novembre 2011, l'OAI a communiqué à l'assuré un préavis de refus d'octroi de rente. Il exposait que si l'atteinte à la santé contre-indiquait, depuis le mois de février 2010, la poursuite de son activité habituelle, son état de santé lui permettait, dès le mois d'août 2010, de reprendre cette activité ainsi que d'autres activités adaptées, au taux de 100%. De surcroît, son degré d'invalidité était fixé à 22% dès le mois d'août 2010, soit un taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

L'assuré a contesté ce projet de décision le 24 novembre 2011, alléguant ne pas être en mesure de travailler dans quelque activité que ce soit, tant en raison de ses troubles d'ordre psychique que somatique. Il joignait deux rapports médicaux établis le 31 janvier 2011 par le Dr M.\_\_\_\_\_, respectivement le 21 mars 2011 par le Dr X.\_\_\_\_\_, attestant une incapacité de travail totale dans toute activité.

Les Drs D.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, médecins au SMR, ont pris position dans un avis du 7 décembre 2011. Ils considéraient que le rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ était insuffisant, en raison notamment d'un status non décrit et d'une énumération des limitations fonctionnelles manquantes. S'agissant du rapport du Dr X.\_\_\_\_\_, il apparaissait une contradiction dans la mesure où le médecin relevait l'impossibilité de déterminer la capacité de travail de l'assuré alors qu'il attestait finalement une incapacité de travail totale.

Par décision du 19 décembre 2011, l'OAI a maintenu son refus de droit à la rente d'invalidité.

**D.** W.\_\_\_\_\_ a formé recours contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 5 janvier 2012, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée dès le 1<sup>er</sup> juin 2011, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il fait grief à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de l'avis de son médecin traitant, confirmé par le Dr X.\_\_\_\_\_, s'agissant de son incapacité de travail totale dans n'importe quel domaine d'activité. Eu égard aux divergences entre l'expertise du centre d'expertises G.\_\_\_\_\_ et les rapports des Drs M.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, il requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Dans sa réponse du 16 février 2012, l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il conteste notamment la nécessité d'un complément d'instruction, dans la mesure où le recourant ne produit aucune constatation objective ni indication de nature à remettre en cause l'analyse de la situation ressortant de l'expertise.

Dans ses déterminations du 23 février 2012, le recourant maintient la demande d'expertise, précisant être toujours en incapacité de travailler.

Le 13 mars 2012, l'OAI confirme ses conclusions.

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

**1.** **a)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre

2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**b)** Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité (art. 61 let. b LPGA; art. 79 al. 1 LPA-VD applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). Il convient donc d'entrer en matière.

**2.** Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettait à l'intimé de nier au recourant le droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Le recourant conteste la valeur probante de l'expertise du centre d'expertises G. \_\_\_\_\_ sur laquelle s'est fondée l'intimé, eu égard à l'appréciation divergente du Dr X. \_\_\_\_\_ et de son médecin traitant. Il requiert dès lors une nouvelle expertise pluridisciplinaire tendant à clarifier la question de l'invalidité.

**3. a)** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels, ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité; l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-

rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (cf. art. 28 al. 2 LAI).

**b)** L'invalidité se définit comme 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 [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA. Ne sont pas considérées comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2).

**c)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge, s'il y a recours – se base sur les documents que les médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du

médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et les références).

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).

En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 134 V 231; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351, consid. 3a).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice afin d'éclairer

les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb).

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

**4.** Le recourant a été examiné au centre d'expertises G. \_\_\_\_\_ en juin 2011. Les diagnostics posés lors de l'expertise sont un excès pondéral, un status après spondylodèse antérieure C6-C7, une spondylodiscarthrose modérée prédominant en C5-C6 sans myélopathie ni radiculopathie, des séquelles très modérées d'ostéodystrophie de croissance et un status après cure de hernie inguinale droite, diagnostics reconnus comme sans répercussion sur la capacité de travail. Les Drs T. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ constatent que la spondylodèse n'a jamais empêché le recourant de travailler et que les autres diagnostics n'atteignent pas le seuil d'une incapacité durable de travailler selon l'expérience de ces atteintes dégénératives radiologiques banales et fréquentes dans l'ensemble de la population. Ils concluent à l'absence d'affection malade ou post-traumatique justifiant un arrêt de travail prolongé pour raison médicale et à la restitution de l'exigibilité au travail dès le mois d'août 2010.

**a)** Lors de l'expertise rhumatologique, la Dresse T. \_\_\_\_\_ n'a pas constaté de pathologie de médecine interne, ni aucune anomalie de l'appareil locomoteur justifiant l'état douloureux relaté par l'assuré. Les mouvements adoptés pour expliquer le handicap ne correspondaient pas à ceux observés habituellement lors de pathologie de l'appareil locomoteur ou de pathologie neurologique. La démonstration de la gestuelle témoignait d'une force conservée et d'une absence d'épargne rachidienne. L'IRM n'avait au demeurant pas révélé de lésion objective d'ordre post-traumatique. Il a ainsi été constaté une nette disproportion entre les douleurs alléguées et les capacités observées à l'examen clinique

physique, des douleurs décrites comme très intenses - empêchant, selon le recourant, toute activité professionnelle et limitant considérablement ses activités quotidiennes - mais demeurant vagues. Il a en outre été relevé un manque d'imprégnation médicamenteuse lors du monitoring thérapeutique, interprété comme une absence de concordance entre les données alléguées et leurs constatations.

Ainsi, les experts ont constaté la présence d'un tableau de plainte douloureuse non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et résistant à tout traitement. Ils ont dès lors examiné s'il existait une co-morbidité d'ordre psychique justifiant le comportement de l'expertisé.

Les experts du centre d'expertises G. \_\_\_\_\_ ont reconnu la présence de symptômes dépressifs considérés comme des sentiments de détresse d'accompagnement, dans les mois qui ont suivi l'accident du 3 février 2010. Le recourant expliquait avoir été déprimé pendant quelques mois après l'accident, avoir été très abattu, ne plus avoir eu envie de sortir de chez lui et avoir pleuré; il n'avait cependant pas eu d'idées noires ni d'idées suicidaires. Lors de l'expertise, il n'a pas été relevé de sentiment de tristesse, de désespoir, d'impuissance ou de dévalorisation. Il n'y avait pas d'anxiété face à l'avenir, pas de peur ou d'appréhension particulière, ni d'idées noires ou suicidaires. L'expertisé ne se plaignait pas de nervosité, d'irritabilité, d'agitation ou de colère. Les experts ont dès lors considéré que le recourant ne présentait plus aucune plainte de la lignée dépressive au cours des derniers mois et estimé que le diagnostic d'état dépressif profond ne se justifiait pas. Ils ont également écarté le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, eu égard à l'absence actuelle de détresse, d'un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés comme la cause essentielle du trouble. Le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques n'était pas davantage à envisager, en l'absence d'une maladie physique initiale clairement définie. Finalement, les experts ont considéré que les éléments dissociatifs relevés (plaintes sensitivo-motrices latéralisées de

fourmillement et de paralysie) étaient insuffisants et trop à l'arrière-plan des plaintes douloureuses pour que soit posé le diagnostic de trouble de conversion.

Au terme de leur rapport, les Drs T.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ ont ainsi nié la présence d'une pathologie d'ordre somatique et d'un trouble psychiatrique significatif. L'observation de la gestuelle en cours d'examen permettait de confirmer que les atteintes ne donnaient lieu à aucune limitation fonctionnelle et il n'existait pas de trouble psychiatrique avéré limitant sa capacité de travail et ses capacités d'adaptation. En l'absence d'affection malade ou post-traumatique, il n'y avait dès lors plus lieu de retenir d'incapacité de travail dans l'activité habituelle ou toute autre activité, dès le mois d'août 2010.

**b)** Les experts du centre d'expertises G.\_\_\_\_\_ exposent de manière claire et convaincante les raisons pour lesquelles ils ne retiennent pas de diagnostics somatique et psychiatrique à caractère incapacitant. Leurs explications sont d'autant plus convaincantes qu'elles prennent explicitement appui dans les éléments de l'anamnèse et les constatations cliniques.

Le rapport de sortie du 30 juillet 2010 de la CRR ne reflète par ailleurs pas une appréciation médicale fondamentalement différente de celle du rapport d'expertise. En effet, les médecins de la CRR ont relevé un comportement très algique, de nombreux signes de non-organicité et une coopération insuffisante lors des tests fonctionnels. L'évaluation psychiatrique n'avait pas mis en évidence de pathologie notoire, hormis un possible trouble de l'adaptation à tonalité dépressive. Il était dès lors admis qu'une pleine capacité de travail devait être reconnue à l'assuré, en l'absence de lésion somatique objectivable.

Le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, décrivait également un patient très démonstratif, sa plaignant et gémissant sans cesse. La mobilisation s'accompagnait de contorsions et de mimiques douloureuses. La mobilité rachidienne était inévaluable et

aucun déficit neurologique aux membres supérieurs et inférieurs n'avait été constaté.

Les experts ont en outre tenu compte de l'avis du Dr X.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 2 mars 2011, le rhumatologue mettait en évidence une situation sociale défavorable, des dysbalances musculaires dans le contexte d'un déconditionnement physique global et suggérait une évaluation psychiatrique. Le 21 mars 2011, il mentionnait qu'en dépit d'un examen aussi exhaustif que possible, il n'avait pu poser de diagnostic précis sur le plan somatique, hormis celui de probable syndrome d'amplification de la douleur, très vraisemblablement dans le contexte d'un état anxio-dépressif doublé d'un catastrophisme majeur. Il préconisait la mise en œuvre d'une évaluation psychiatrique, précisant qu'il était impossible d'évaluer la capacité de travail tout comme la capacité fonctionnelle eu égard à la situation qui dépassait le plan somatique. A cet égard, on constate, à l'instar des Drs D.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ du SMR, que le Dr X.\_\_\_\_\_ décrit l'impossibilité de déterminer la capacité de travail alors qu'il atteste, au terme de son rapport, une incapacité de travail totale. Cela étant, la Dresse T.\_\_\_\_\_ a indiqué ne pas avoir trouvé de pathologie d'ordre somatique justifiant l'état douloureux relaté par l'assuré, "tout comme le Dr X.\_\_\_\_\_". Elle s'est de ce fait adressée au Dr K.\_\_\_\_\_ aux fins d'examiner la présence d'une co-morbidité d'ordre psychique, "tout comme le Dr X.\_\_\_\_\_ l'a suggéré". Il s'ensuit que les conclusions du rhumatologue ne sont pas de nature à ébranler les conclusions retenues par les experts, dans la mesure où elles révèlent notamment une contradiction apparente et reconnaissent la nécessité d'une évaluation psychiatrique en raison d'une situation qui, selon lui, dépasse le plan somatique.

L'appréciation du Dr M.\_\_\_\_\_ ne saurait également emporter la conviction de la Cour. En effet, ses rapports reposent essentiellement sur les douleurs invoquées par le recourant. Il retient une incapacité de travail totale sans énumérer les limitations fonctionnelles. Son diagnostic d'état dépressif profond a été étudié par les experts puis nié à la suite d'explications convaincantes et étayées. Il en est de même de la

comorbidité psychiatrique dont le médecin traitant affirmait la présence. S'agissant de son rapport du 31 janvier 2011, il se limite à un rappel de l'accident et de ses suites, assorti d'une attestation d'incapacité de travail. Le status n'est pas décrit, tout comme il est fait abstraction des limitations fonctionnelles. L'avis du Dr M.\_\_\_\_\_ est dès lors insuffisant pour mettre en doute les conclusions de l'expertise du centre d'expertises G.\_\_\_\_\_. En outre, il y a lieu de rappeler que le médecin traitant, qui a un mandat de soin, est dans une position particulière en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile (ATF 125 V 351 consid. 3a/cc; 122 V 157 consid. 1c et les références). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soin mais d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001, 109 consid. 3b/bb).

**c)** Compte tenu des considérations qui précèdent, l'appréciation des Drs T.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ est concluante. Leur rapport d'expertise du 28 octobre 2011, convaincant et étayé, satisfait en outre aux exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. ATF 134 V 231 et 125 V 351). En effet, les conclusions se fondent sur les pièces figurant au dossier de l'OAI et de la CNA, un examen attentif des radiographies, des examens sanguins ainsi qu'un examen clinique du recourant. Il intègre une anamnèse et les plaintes actuelles y sont mentionnées. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les diagnostics sont examinés selon les critères de la CIM-10. Les conclusions sont motivées et convaincantes, et il est exposé concrètement et de manière détaillée pour quels motifs les Drs T.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ ne retiennent pas d'atteintes à la santé invalidantes au-delà du mois d'août 2010.

Par ailleurs, l'appréciation des experts du centre d'expertises G.\_\_\_\_\_ a fait l'objet d'un examen par le SMR et été admise comme ayant pleine valeur probante (cf. rapport SMR du 2 novembre 2011). Le

SMR a constaté que les plaintes émises par l'assuré ne pouvaient être expliquées par la seule atteinte objectivable, soit la spondylodèse cervicale, et qu'aucun diagnostic ne pouvait être retenu sur le plan psychiatrique. La reprise de l'activité professionnelle habituelle ou d'une activité adaptée (permettant l'alternance des positions, sans port de charges supérieures à 10 kg, sans porte-à-faux ni travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale) était exigible, au taux de 100%, dès le mois d'août 2010. Pour la période qui précédait, et ce depuis le mois de février 2010, le SMR reconnaissait au recourant une incapacité de travail totale dans toute activité.

Il s'ensuit qu'aucune raison suffisante ne justifie de s'écarter de l'appréciation des Drs T.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_. Le recourant n'apporte au demeurant aucun avis médical émis à la suite de l'expertise du centre d'expertises G.\_\_\_\_\_, ne fait valoir aucune constatation objective de nature à mettre en doute l'analyse de la situation telle que ressortant de l'expertise. Le courrier du Dr M.\_\_\_\_\_ du 7 septembre 2011 a été établi avant la rédaction du rapport d'expertise et les autres rapports figurant au dossier sont antérieurs à la mise en œuvre de l'expertise.

Une nouvelle expertise médicale, demandée par le recourant, n'apporterait pas d'élément déterminant dans le sens de ses allégations, compte tenu de la valeur probante de l'expertise réalisée par les experts du centre d'expertises G.\_\_\_\_\_. Il convient par conséquent de rejeter la demande d'expertise pluridisciplinaire.

**d)** A l'aune de ce qui précède, la Cour de céans retient qu'à la suite de l'accident du 3 février 2010, et jusqu'au mois d'août 2010, la capacité de travail du recourant était nulle dans toute activité, eu égard aux atteintes psychiatriques et somatiques. Il n'a cependant pas présenté une incapacité de travail durable au sens de l'art. 28 LAI, soit pendant une année (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI, consid. 3a *supra*), de sorte qu'il ne peut prétendre à une rente de l'assurance-invalidité. Dès le mois d'août 2010, en l'absence de pathologie d'ordre somatique et de trouble psychiatrique significatif invalidants, le recourant a retrouvé une pleine capacité de

travail, tant dans son activité habituelle de grutier que dans une activité adaptée. Il s'ensuit que le recourant ne peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité.

Par ailleurs, l'évaluation du degré d'invalidité telle qu'exposée par l'intimé dans sa décision du 19 décembre 2011 ne porte pas flanc à la critique, le recourant n'émettant au demeurant aucun grief à l'encontre des données retenues.

**5. a)** En définitive, la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée. Ainsi, la demande d'expertise présentée par le recourant, de même que ses conclusions sur le fond, doivent être rejetées.

**b)** En dérogation de 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. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision rendue le 19 décembre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

**III.** Un émoulement judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour W.\_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :