

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 mars 2016

---

Composition : M. DÉPRAZ, président  
Mme Thalmann et M. Neu, juges  
Greffière : Mme Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à Morges, recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 et 17 LPGA; 28 LAI; 88a al. 1 RAI**

**E n f a i t :**

**A.**            **a)** B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le 3 mai 1958, est entré en Suisse en 1983 et y réside depuis lors. Sans formation professionnelle, il a d'abord œuvré comme maçon pour différents employeurs.

L'assuré a été engagé depuis le 1<sup>er</sup> décembre 1990 pour les Z. \_\_\_\_\_ (ci-après : Z. \_\_\_\_\_) en qualité d'employé à la manœuvre à 100%. Selon les informations fournies par l'employeur à l'assureur accidents, le salaire annuel du recourant était de 66'518 fr. auquel s'ajoutaient 4'941 fr. d'allocations et de compensations et 655 fr. 50 d'indemnités mensuelles.

Le 2 novembre 2007, à 17h10, l'assuré a été victime d'un accident sur son lieu de travail à la gare de [...] sur la voie F32. Selon la déclaration de sinistre adressée par son employeur à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) auprès de laquelle il était assuré contre les accidents professionnels, l'intéressé s'est introduit entre deux wagons pour les raccorder quand son pantalon s'est accroché à un tire-fond. L'assuré est resté croché. Un essieu du mouvement de manœuvre lui a alors roulé sur le talon du pied droit.

Du 2 novembre 2007 au 12 décembre 2007, l'assuré a été hospitalisé au N. \_\_\_\_\_ à Lausanne où il a subi plusieurs opérations.

Le diagnostic posé était celui d'une fracture ouverte du calcanéum de type III-b selon Gustilo avec luxation sous-talienne à droite.

Du 14 février au 26 février 2008, l'assuré a été à nouveau hospitalisé au N. \_\_\_\_\_. Le diagnostic était le suivant : *«Plaie chronique talonnière droite dans un status après reconstruction plantaire et achilléenne droite par lambeau antéro-latéral de la cuisse le 15 novembre*

2007». Les interventions pratiquées ont consisté en un débridement de plaie plantaire droite et une greffe de Thiersch meshée, prélevée à la cuisse droite, une greffe de peau mince plantaire gauche, prélevée au talon droit et une greffe de peau mince au talon droit, prélevée en plantaire gauche.

**b)** Le 1<sup>er</sup> juillet 2008, l'assuré a déposé par l'intermédiaire de son employeur une demande de prestations auprès de l'Office pour l'assurance-invalidité dans le Canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Du 1<sup>er</sup> octobre 2008 au 5 novembre 2008, l'assuré a séjourné à la Clinique K. \_\_\_\_\_ de la CNA (ci-après : la K. \_\_\_\_\_) dans le service de réadaptation de l'appareil locomoteur. On extrait ce qui suit du rapport du 14 novembre 2008 des Drs H. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et en chirurgie orthopédique, et P. \_\_\_\_\_, médecin hospitalier, de la K. \_\_\_\_\_ :

**«DIAGNOSTIC PRIMAIRE**

- **Thérapies physiques et fonctionnelles (z 50.8)**

**DIAGNOSTICS SECONDAIRES**

- ***Fracture ouverte du calcanéum droit de type 3B selon Gustillo, avec luxation sous-talienne droite. Délabrement cutané complet plantaire jusqu'à mi-pied droit (de type dégantage) (T 93.2; T 13.6)***
- ***Débridements multiples, réduction et ostéosynthèse du calcanéum par brochage le 02.11.2007 (Z 98.8)***
- ***Reconstruction plantaire et du talon d'Achille droit par lambeau antéro-latéral libre innervé de la cuisse droite et greffe de Thiersch le 15.11.2007 (Z 98.8)***
- ***Débridement de la plaie plantaire droite et greffe de Thiersch prélevée à la cuisse droite, greffe de peau mince plantaire gauche prélevée au talon droit, greffe de peau mince au talon droit, greffe de peau mince au talon droit prélevé en plantaire gauche (Z 98.8)***
- ***Atteinte sensitive dans le territoire du nerf sural, et atteinte sensitivomotrice par axonotmésis sévère dans le territoire des branches du nerf tibial postérieur, plantaire interne et plantaire externe du pied droit (G 62.9)***  
[...]

Le bilan neurologique avec ENMG montre des signes d'atteinte sensitive dans le territoire du nerf sural et des signes d'atteinte sensitivomotrice par axonotmésis sévère dans le territoire des branches du nerf tibial postérieur, plantaire interne et plantaire externe. Les fibres tributaires du sciatique poplitée externe sont indemnes. La sidération des muscles jambiers, péroniers latéraux,

jambier antérieur et jambier postérieur n'est pas de nature neurogène.

Le bilan radiologique est actualisé : les RX de la cheville, du pied et du calcaneum droit montrent un aspect ostéopénique de la structure osseuse, compatible avec la décharge. Les rapports articulaires sont conservés à la cheville. Le calcaneum droit est effilé, il y a un status après perte de substance, mais les contours sont bien nets et cortiqués. A gauche, le bilan ne montre rien de particulier.

Selon notre consultant-psychiatre, la thymie globale du patient est maintenue. On perçoit une certaine irritabilité, une peur de chuter et de se blesser à nouveau. Il n'y a pas de diagnostic retenu. Des entretiens psychothérapeutiques de soutien sont effectués durant le séjour.

[...]

En résumé, au terme du séjour, un chaussage adapté provisoire a pu être fourni au patient. Cependant, la situation reste fragile, avec l'apparition de lésions cutanées qui ont évolué favorablement et sont quasiment totalement cicatrisées en fin de séjour. On note quelques petits progrès du point de vue souplesse des tissus et force musculaire. Ces progrès ne permettent cependant pas actuellement une marche sans canne. Il est trop tôt pour démarrer une quelconque mesure professionnelle.

[...]»

Le 21 avril 2009, le Service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI, sous la plume du Dr D.\_\_\_\_\_, a mentionné que l'incapacité de travail de l'assuré dans l'activité exercée avant l'accident était certaine et définitive mais qu'il était prématuré de se prononcer sur l'exigibilité dans une activité adaptée. Le SMR proposait d'interroger le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive et médecin traitant de l'assuré au N.\_\_\_\_\_, sur la capacité de travail dans une activité adaptée ainsi que les limitations fonctionnelles.

Le 25 mai 2009, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à un examen de l'assuré. Dans son rapport du même jour, il constate ce qui suit :

**«DIAGNOSTIC :**

*Etat après fracture ouverte du calcaneum avec luxation sous-talienne et large dégantage survenue le 02.11.2007 et ayant nécessité de réduction et fixation ainsi que multiples gestes de couverture cutanée, en partie par peau épaisse, en partie par Thiersch. Dégâts sensitifs et sensitivo-moteurs. Dernière reprise le 19.01.2009 avec l'obtention d'une couverture complète et cicatrisée. Raideur voire ankylose de la sous-astragaliennne.*

**EN RESUME :**

Notre assuré, manoeuvre aux Z.\_\_\_\_\_, né en 1958, est protagoniste d'un accident de travail par lequel il subit une grave fracture-dégantage du pied droit dont le diagnostic figure plus haut et qui nécessitera un traitement chirurgical itératif et laborieux. Situation actuelle caractérisée par la persistance de douleurs, surtout à la charge, à caractère parfois insomniant et météo-sensible.

Pour l'instant, M. B.\_\_\_\_\_ n'a pas pu se libérer de deux cannes anglaises. Il reconnaît néanmoins une lente amélioration.

Alors qu'aucun traitement médicamenteux n'est en route, la physiothérapie se poursuit à raison de 3x/semaine.

Objectivement, toutes les cicatrices sont fermées, tant au niveau des prélèvements qu'au niveau du calcaneum, de la zone péri-malléolaire externe et de la plante du pied.

La cheville droite est limitée en extension à l'angle droit, à environ 40° en flexion. Sous-astragaliennement totalement enraidie. La couverture cutanée est par endroits hyper-sensible. Elle est très souple au niveau de l'appui calcaneen qui, pour l'instant, n'est pas employé ou presque pas.

Les cotations des périmètres ne sont pas toutes contributives en raison de prélèvements musculo-cutanés du côté controlatéral. Le mollet droit est par contre fortement atrophié.

A la recherche de cotations de mobilité de la hanche et du genou, des facteurs d'aggravation interfèrent avec l'apparition de douleurs médicalement non-explicables.

M. B.\_\_\_\_\_ est appareillé avec des sandales avec une coque en silicone protégeant la plante du pied et épousant sa forme.

Des chaussures mieux adaptées, avec un support en silicone, sont en cours de fabrication.

La situation n'est pas stabilisée et il est encore légitime d'espérer un déplacement en charge, bien que sur courtes distances, en particulier à domicile.

Le travail en tant que manoeuvre aux Z.\_\_\_\_\_ est définitivement exclu.

Par contre, notre assuré pourrait mettre en valeur une capacité totale, sans restriction de temps ni de rendement, dans une activité assise où les déplacements seraient réduits à quelques mètres, avec possibilité de prendre une ou deux cannes anglaises, sans escalier et sans nécessité de déambuler sur terrain inégal.

La conduite automobile devrait être possible, à terme.

Notre assuré aura droit à une IPAI qu'il faudra évaluer probablement au printemps 2010.»

Le 4 juin 2009, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a adressé au médecin-conseil de l'OAI un rapport dont on extrait ce qui suit :

«Diagnostic :

- Traumatisme grave avec amputation du talon et fracture du calcaneum type IB selon Gustilo avec luxation sous-taliennement droite le 2.11.2007

Interventions :

02.11.07 : Débridements multiples, réduction et ostéosynthèse du calcaneum par le service d'Orthopédie

15.11.07 : Reconstruction plantaire et du talon droit par lambeau antéro-latéral libre de la cuisse droite et greffe de Thiersch.

19.01.09 : Réinsertion du lambeau antéro-latéral du pied droit pour changer la zone d'appui.

Rappel anamnésique :

M. B. \_\_\_\_\_ a subi un accident de train qui a entraîné une fracture du calcaneum avec une importante perte de substance sur le talon. Il a été pris en charge en urgence au N. \_\_\_\_\_ par les orthopédistes qui ont ostéosynthésé la fracture osseuse, puis notre service de Chirurgie plastique et reconstructive a pris en charge la couverture du défaut par un lambeau libre type antéro-latéral de la jambe. Les suites ont été favorables. La réadaptation s'est prolongée à la Clinique K. \_\_\_\_\_ de la [...] à [...] du 01.10.2008 au 5.11.2008. Après cette période de rééducation, la cicatrice du lambeau reste instable du côté latéral. On pose l'indication pour une réinsertion du lambeau du pied droit pour changer la zone d'appui. Les suites opératoires ont été sans complication.

Actuellement, M. B. \_\_\_\_\_ est toujours en cours de rééducation à la marche pour adapter le lambeau à ses chaussures.

Incapacité de travail :

M. B. \_\_\_\_\_ est manœuvre sur des chantiers des Z. \_\_\_\_\_. A mon avis, il ne sera pas possible de le réintégrer à ce poste de travail physique. Depuis son accident du 2.11.2007, il est resté en incapacité de travail à 100%, toujours en cours.

Je pense qu'il faut évaluer le patient pour une réadaptation professionnelle dans un autre domaine.

Status du 24.03.2009 :

Pied droit : le lambeau est bien intégré et la greffe de peau dans la zone sous le lambeau est bien adhérente. Le lambeau n'a pas de sensibilité de protection. La zone d'appui a changé et maintenant le pied se pose correctement au sol. Après discussion avec le Dr [...], médecin chef du service de traumatologie, on a décidé de fabriquer une chaussure adaptée.

Procédure :

M. B. \_\_\_\_\_ poursuit toujours une rééducation à la marche à l'aide des physiothérapeutes. Ses chaussures seront adaptées sur mesure. Une évaluation est prévue après le mois de juillet 2009.

En conclusion, je pense que ce patient pourra remarcher normalement sans béquilles dans les prochains 6 mois, mais ne sera pas capable d'un travail lourd comme avant.»

Le 23 juin 2009, l'OAI a informé l'assuré de l'ouverture d'un droit à l'orientation professionnelle.

Le 3 juillet 2009, le SMR, sous la plume du Dr D. \_\_\_\_\_, a considéré que l'atteinte à la santé justifiait une incapacité de travail totale et définitive dans la profession exercée. En revanche, l'assuré avait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 26 mai 2009 avec les limitations fonctionnelles suivantes : activité assise, déplacements limités à quelques mètres, possibilité de prendre des cannes, pas d'escaliers ou marche en terrain inégal.

Le 2 octobre 2009, l'OAI a informé l'assuré de la mise en œuvre d'une mesure d'observation professionnelle sous la forme d'un stage auprès de l'Organisation romande pour l'intégration professionnelle des personnes handicapées (Orif).

Le 14 octobre 2009, les Z. \_\_\_\_\_ ont résilié le contrat de travail de l'assuré avec effet au 30 novembre 2009 pour cause d'aptitude médicale insuffisante.

Entre le 2 décembre 2009 et le 30 décembre 2009, l'assuré a à nouveau séjourné à la K. \_\_\_\_\_.

Dans leurs conclusions figurant dans le rapport du 22 janvier 2010, les Drs H. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ indiquent notamment ce qui suit :

*«[...] d'un point de vue médical, on retient des douleurs chroniques neurogènes sur atteinte sensitive dans le territoire du nerf sural et atteinte sensitivo-motrice par axonotmésis sévère dans le territoire des branches du nerf tibial postérieur et un status après fracture ouverte du calcanéum droit, luxation sous-taliennne droite, délabrement cutané complet plantaire suivi de multiples interventions chirurgicales. Actuellement, la situation médicale peut être considérée comme stabilisée. Même si l'on note un processus de réinnervation en cours, les valeurs restent toutefois nettement inférieures aux limites normales. Aucun diagnostic psychiatrique n'est retenu, par contre on note une adoption d'une identité d'invalidé qui paraît peu mobilisable. Théoriquement, d'un point de vue médical, une capacité de travail dans une activité sédentaire, légère, pourrait être reconnue. Une diminution du rendement au vu des douleurs chroniques est vraisemblable. D'un point de vue professionnel, M. B. \_\_\_\_\_ a travaillé durant 19 ans comme manœuvre aux Z. \_\_\_\_\_, dans une gare de triage. Il est actuellement licencié [sic]. Selon nos informations, les Z. \_\_\_\_\_ ont statué sur une rente professionnelle de 100%. Du point de vue AI, un stage à l'ORIPH de [...] est prévu en mai 2010».*

L'assuré a à nouveau séjourné à la K. \_\_\_\_\_ du 25 janvier 2010 au 28 janvier 2010 et du 8 mars 2010 au 12 mars 2010. Dans leur rapport du 14 avril 2010, les Dr H. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ ont constaté ce qui suit :

#### **«DIAGNOSTICS PRIMAIRES**

**-Thérapies physiques et fonctionnelles**

**DIAGNOSTICS SECONDAIRES**

**- Fracture ouverte du calcanéum droit de type 38 selon Gustilo, avec luxation sous-talienne droite, délabrement cutané complet plantaire jusqu'à mi-pied droit de type décantage le 02.11.2007**

**- Débridements multiples, réduction et ostéosynthèse du calcanéum par 4 broches le 02.11.2007**

**- Reconstruction plantaire et du talon d'Achille droit par lambeau antéro-latéral libre innervé de la cuisse droite et greffe de Thiersch le 15.11.2007**

**- Débridement de la plaie plantaire droite et greffe de Thiersch prélevée à la cuisse droite, greffe de peau mince au talon droit prélevé en plantaire gauche**

**- Réinsertion du lambeau antéro-latéral libre du pied droit et greffe de peau mince le 19.01.2009**

**- Douleurs neurogènes sur atteinte sensitive dans le territoire du nerf sural, et atteinte sensitivomotrice par axonotmésis sévère dans le territoire des branches du nerf tibial postérieur, plantaire interne et plantaire externe du pied droit.**

*[...] Le patient ne rapporte aucune nouvelle plainte depuis les précédents séjours. Des douleurs sont localisées sous le talon et au compartiment externe du pied droit.*

*L'examen clinique montre un status cutané calme. Il n'y a aucun changement constaté par rapport à la sortie de la clinique le 30.12.2009.*

*Un chaussage sur mesure est réalisé, avec orthèse plantaire et une tige souple plus haute que précédemment, puisque le pied avait sinon tendance à sortir de la chaussure. Le patient semble petit à petit accepter de porter progressivement cette chaussure.*

*M. B.\_\_\_\_\_ sera convoqué dans environ 4 semaines, en ambulatoire, pour la livraison de la chaussure définitive [...]*»

Le 15 mars 2010, l'assuré a débuté un stage auprès de l'Orif à [...] dans le module de menuiserie. Il a dû interrompre ce stage en date du 23 mars 2010. Selon le rapport de l'Orif du 25 mars 2010, l'assuré avait de grandes difficultés à maintenir plus d'une heure et demie une position assise. Passé ce délai, l'assuré disait être contraint de se coucher, les jambes surélevées car celles-ci gonflaient et il ressentait de fortes douleurs.

Le 31 mai 2010, les Drs X.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, médecins d'arrondissement de la CNA, ont procédé à un examen médical final. Il ressort de leur rapport ce qui suit :

*«Diagnostic :*

*Etat après fracture ouverte du calcanéum avec luxation sous-talienne et large dégantage survenue le 02.11.2007 et ayant*

*nécessité de réduction et fixation ainsi que multiples gestes de couverture cutanée, en partie par peau épaisse ou entière, en partie par Thiersch. Dégâts sensitifs et sensitivomoteurs. Dernière reprise le 19.01.2009 avec l'obtention d'une couverture complète et cicatrisée. Raideur voire ankylose de la sous-astraglie.*

*Comorbidités : obésité, état après cure de fissure anale.*

*Episode dépressif léger à moyen sans syndrome somatique (F32.10)*

*Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0).*

Appréciation :

*Du point de vue psychiatrique, cet assuré présente des plaintes de douleurs qui ont un substrat organique indéniable, mais dont l'ampleur et le retentissement sur les capacités fonctionnelles dépasse la stricte organicité. Je pose donc le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques.*

*Néanmoins, cet assuré présente un trouble affectif avec des troubles du sommeil, un trouble de l'humeur avec tristesse, une irritabilité, des troubles de la fonction sexuelle et de légers troubles de l'attention et de la concentration. Je pose donc également un diagnostic d'épisode dépressif léger à moyen.*

*Ces troubles psychiques sont en relation de causalité naturelle avec l'accident du 2 novembre 2007. Il n'y a pas de facteurs étrangers à l'accident qui peuvent expliquer leur survenue.*

*Il est prématuré de se prononcer actuellement sur la persistance de troubles psychiques tout au long de la vie de l'assuré. La question d'une évaluation de l'atteinte à l'intégrité pour les troubles psychiques devra être réévaluée au début de l'année 2012, soit quatre ans au moins après l'accident du 2 novembre 2007.*

Exigibilité :

*Les troubles psychiques que présente cet assuré, en particulier l'épisode dépressif léger à moyen, a [sic] une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré par une diminution du rendement de l'ordre de 20%.*

EN RESUME :

*Notre assuré, manœuvre aux Z.\_\_\_\_\_, né en 1958, est protagoniste d'un accident de travail par lequel il subit une grave fracture-dégantage-luxation du pied droit dont le diagnostic figure plus haut et qui nécessitera un traitement chirurgical itératif et laborieux.*

*Situation actuelle caractérisée subjectivement par la persistance de douleurs, à caractère essentiellement mécanique, parfois insomniantes et météo-sensibles. Dépendance complète de deux cannes anglaises. Fonction du pied pratiquement abolie.*

*Objectivement, cicatrisation obtenue à tous les niveaux. Importante limitation de mouvements actifs et passifs de la cheville droite, tant en flexion-extension que dans la sous-astraglie. Couverture cutanée par endroits surabondante, par endroits sans rembourrage du tout. Troubles sensitifs en relation avec les différentes mesures de chirurgie reconstructive. Marche impossible en charge, sans l'aide de deux cannes anglaises. Cotations des périmètres non contributives en raison de différents gestes chirurgicaux qui en troublent la fiabilité.*

*Du point de vue médical, à notre avis, seule une amputation pourrait être discutée, probablement au niveau mi-jambe. La plus grande prudence doit être appliquée si cette mesure est envisagée. La*

*médication antalgique reste à notre charge ainsi qu'un suivi médical à hauteur de 1 à 2 contrôles par année.*

*Du point de vue asséculoologique, la situation semble stabilisée, surtout par le fait qu'aucune mesure complémentaire n'est envisagée d'ordre conservateur ou chirurgical susceptible de modifier de manière déterminante la situation constatée.*

*Exigibilité :*

*Activité purement sédentaire, sans nécessité de déplacement ou alors occasionnellement et seulement sur quelques mètres, sans déplacement dans les escaliers, sans nécessité de conduite. Dans ces conditions, on peut estimer, du point de vue purement somatique, qu'une capacité totale pour temps de présence et rendement est immédiatement applicable.»*

Le 25 juin 2010, la CNA a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 juillet 2010 au soir. Par décision du 25 juin 2010 également, la CNA a mis l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité, dès le 1<sup>er</sup> août 2010, de 1'479 fr. par mois correspondant à une incapacité de gain de 27% et lui a octroyé une atteinte à l'intégrité de 30%. L'intéressé a formé contre cette décision une opposition qui a été rejetée par la CNA. Un recours contre la décision sur opposition de la CNA fait l'objet d'une procédure distincte devant la Cour de céans (AA 45/13).

Le 12 juillet 2010, après avoir pris connaissance du rapport faisant suite à l'examen médical final par la CNA, le SMR a considéré, sous la plume du R.\_\_\_\_\_, qu'en raison des troubles psychiques (épisode dépressif léger à moyen), une diminution de rendement de 20% dans une activité adapté devait être retenue et qu'il convenait de modifier les conclusions du rapport SMR dans ce sens.

Le 16 décembre 2010, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision accordant une rente basée sur un degré d'invalidité de 100% dès le 2 novembre 2008 et une rente basée sur un degré d'invalidité de 48% dès le 1<sup>er</sup> août 2009.

Par acte de son conseil du 21 janvier 2011, l'assuré a contesté ce projet de décision dans la mesure où l'invalidité était considérée comme réduite à 48% dès le 1<sup>er</sup> août 2009. L'assuré invoquait notamment un «*épisode actuellement sévère de dépression, avec des symptômes*

psychotiques». En outre, il estimait que son revenu de valide avait été sous-évalué, le revenu potentiel avec invalidité au contraire surévalué.

A l'appui de son opposition, l'assuré a notamment produit un rapport médical de la Dresse V.\_\_\_\_\_, médecin assistante en psychiatrie et psychothérapie, du 26 novembre 2010 dont on extrait ce qui suit :

*«Mr B.\_\_\_\_\_ a été vu à notre consultation le 26.11.2010 suite au conseil de son médecin traitant, le Dr M.\_\_\_\_\_, pour un suivi psychiatrique.*

*Mr B.\_\_\_\_\_ présente actuellement un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques qui semblent être en relation avec l'accident du 2 novembre 2007. En effet, depuis lors, le patient a progressivement développé un épisode dépressif (cf. rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ [recte : C.\_\_\_\_\_] en mai 2010). Nous pouvons constaté [sic] ce jour, que celui-ci s'est péjoré avec l'apparition depuis environ deux mois d'hallucinations auditives et d'idées suicidaires fluctuantes.*

*Nous n'avons pas [que] des facteurs étrangers à l'accident peuvent [recte : pouvant] expliquer la survenue de ces symptômes. L'impact de ces troubles psychologiques impliquent un arrêt de travail à 100 pour cent actuellement et un traitement de sa dépression. Le patient accepte un traitement conjoint avec le Dr M.\_\_\_\_\_ et un suivi psychothérapeutique par nos soins».*

Le 11 mai 2011, l'intimé a confié un mandat d'expertise au Centre d'expertises médicales de la L.\_\_\_\_\_ (ci-après : L.\_\_\_\_\_) L'expertise a été réalisée par la Dresse J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, la Dresse G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie, lesquels ont rendu leur rapport le 4 octobre 2011.

On extrait ce qui suit des conclusions suite au consilium de ce rapport (p. 23 - 28) :

**«Diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail**

•Status après accident professionnel le 02.11.2007 avec :  
oFracture ouverte du calcanéum droite type IIIb selon Gustilo

S92 01

oLuxation sous-astragaliennne droite.

S93 0

oDélablement complet de la peau plantaire jusqu'à mi-pied

oStatus après multiples interventions de chirurgie orthopédique et chirurgie plastique

oAtteinte du nerf tibiale postérieur et de ses branches (nerf plantaire et externe) ainsi que du nerf saphène externe à droite.

oDouleurs résiduelles pied droit et cuisse gauche (prise de greffe)  
M25.57

oTrouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité moyenne à sévère, avec F33.3 symptômes psychotiques.

**Diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail**

- Lombalgies chroniques dans le contexte de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis dorso-lombaire.
- Obésité (BMI = 31,47 kg/m<sup>2</sup>).

**APPRECIATION DU CAS**

Monsieur B. \_\_\_\_\_ est un expertisé de 53 ans, originaire du Kosovo, en Suisse depuis 1963, marié, père de 3 enfants adultes. Sans formation professionnelle, il a travaillé dans un premier temps en Suisse comme maçon puis en tant que manoeuvre aux Z. \_\_\_\_\_ dès 1990; il est victime d'un accident professionnel le 02.11.2007, par écrasement, occasionnant une fracture ouverte du calcanéum droit, traitée par arthrodèse de l'articulation tibio-astragalienne et greffes successives de peau mince et reconstruction plantaire et du tendon d'Achille par lambeau libre. Pris en charge par la [...], il a été à plusieurs reprises hospitalisé à la Clinique K. \_\_\_\_\_ de [...], mais l'évolution est restée peu favorable, avec échec d'adaptation de chaussures orthopédiques et persistance de marche avec des cannes.

Monsieur B. \_\_\_\_\_ dépose une demande de prestations auprès de l'OAI le 01.07.2008, requérant l'octroi d'une rente ou de mesures professionnelles; un stage d'orientation professionnelle à l'ORIPH est prévu début 2010 mais stoppé après une semaine, les positions assise et debout prolongées non supportées. L'examen final [...] a lieu le 30.05.2010, au terme duquel il est conclu à un status après fracture ouverte du calcanéum, épisode dépressif léger à moyen sans syndrome somatique et majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques; l'exigibilité est complète du point de vue orthopédique dans une activité purement sédentaire et les troubles psychiatriques justifient d'une diminution de rendement de 20 %. L'atteinte à l'intégrité est évaluée à 30 %, le taux d'invalidité à 27 % et l'état est considéré comme stabilisé.

L'anamnèse intermédiaire est marquée par la prise en charge dès novembre 2010 par la Doctoresse V. \_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute à Lausanne, qui atteste d'un état dépressif sévère (rapport de novembre 2010) avec symptômes psychotiques et idées suicidaires. Dans ce contexte, le SMR mandate le L. \_\_\_\_\_ pour expertise multidisciplinaire, relevant entre autre l'absence d'hospitalisation en milieu psychiatrique malgré la gravité de l'atteinte décrite.

Sur le plan rhumatologique, Monsieur B. \_\_\_\_\_ présente au premier plan des douleurs du pied droit, constantes, insomniantes, qualifiées d'invalidantes, rendant la marche sans cannes impossible; s'y associent des douleurs de la cuisse et du pied, localisées au niveau des prises de greffe. Cliniquement, on note une déformation de l'arrière-pied droit due à la greffe de peau libre, avec retrait du pied à la palpation; le status est largement cicatriciel, tant au niveau du pied droit que de la cuisse gauche, mais les cicatrices sont souples et calmes; le bilan radiologique actuel ne montre ni pincement articulaire, ni arthropathie, mais une ostéopénie diffuse inchangée par rapport aux examens comparatifs de 2009, témoignant de la non utilisation du MI [réd. : membre inférieur] droit.

Monsieur B. \_\_\_\_\_ se plaint également de lombalgies chroniques, sans sciatalgies associées, évoluant depuis plusieurs années, mais exacerbées par le port de cannes; son dossier médical atteste de lombalgies évoluant depuis 1999, secondaires à un premier accident professionnel (contusion lombaire, motif de consultation rhumatologique avec séjour de réhabilitation en 2005, une discopathie L4-L5 sans signe de hernie discale ou compression articulaire mise en évidence au CT-scan de 2004). Au status, on relève quelques troubles statiques, associés à des douleurs à la mobilisation et percussion du rachis lombaire bas; les documents radiologiques confirment les troubles statiques avec discrète attitude scoliotique et perte de la lordose lombaire.

L'examen a été complété par un consilium orthopédique : notre confrère relève la bonne conservation de la musculature du mollet et de la cuisse droite, mais conclut à une fonction active médiocre, la fonction de marche restant perturbée et ce de manière définitive, rendant les déplacements restreints. Sur le plan strictement orthopédique, la capacité de travail est considérée complète dans une activité adaptée, c'est-à-dire sans nécessité de déplacement ou occasionnellement sur quelques mètres et sans marche d'escaliers ou conduite de véhicule.

Le bilan a été complété par un consilium neurologique, sans ENMG effectué. L'examen des membres inférieurs ne met pas en évidence de déficit radiculaire mais confirme, comme auparavant la Clinique [...] de [...], l'existence d'une atteinte du nerf tibial postérieur et de ses branches, ainsi que du nerf sural à droite, secondaire au délabrement du pied. Sur le plan de la capacité de travail du point de vue neurologique, si l'activité exercée préalablement est inexigible à titre définitif, une activité sédentaire, essentiellement en position assise pourrait être envisagée avec une perte de rendement de 30 %.

De son parcours de vie, nous relevons une enfance passée au sein d'une famille modeste et heureuse, deuxième d'une fratrie de dix enfants, marquée cependant par une précarité financière. Après une scolarité sans particularité et sans formation professionnelle, il va travailler dans l'agriculture avec ses parents; il se marie à l'âge de 22 ans avec une jeune femme de 19 ans, veuve et déjà mère d'une fillette. Le couple aura 4 fils, le premier décédé lors de la guerre du Kosovo. Il arrive en Suisse en 1993, ouvrier du bâtiment pendant quelques années, puis manoeuvre Z. \_\_\_\_\_ dès 1990, activité fortement investie. L'entente familiale actuelle est bonne, Monsieur B. \_\_\_\_\_ se sentant essentiellement soutenu par ses fils. En 1999, il est victime d'un premier accident professionnel, avec contusion lombaire, compliqué de lombalgies chroniques et d'état dépressif; l'état dépressif a été alors traité et s'est apparemment amendé.

Suite au second accident de 2007, il se plaint d'un changement de personnalité. Sur le plan psychiatrique, nous notons un faciès triste, hypomimique et si la maîtrise du français est excellente, on relève des réponses laconiques, des moments d'absence et de distraction, le contenu du discours est pauvre, factuel, l'évocation des affects est limitée et l'expertise est à plusieurs reprises au bord des larmes à l'évocation de son parcours de vie, sans parvenir à commenter son humeur. Il se plaint de tristesse, découragement, anxiété, anhédonie et troubles du sommeil avec cauchemars.

Il présente de plus, depuis quelques mois, des hallucinations auditives, sous forme de sifflets et voix lui étant adressées, source d'importantes inquiétudes.

L'évolution a été clairement défavorable depuis l'accident de 2007, avec réapparition d'un état dépressif déjà diagnostiqué et traité en 1999. De plus, cet état dépressif va en s'aggravant au fil des mois. En mai 2010, l'état dépressif était décrit d'intensité légère à moyenne (Docteur C. \_\_\_\_\_) alors qu'actuellement il présente les critères pour le qualifier de moyen à sévère avec en plus l'apparition de symptômes psychotiques.

Monsieur B. \_\_\_\_\_ présente donc sur le plan psychiatrique, un état dépressif récurrent, avec épisode actuel d'intensité moyenne à sévère avec symptômes psychotiques, évoluant malgré la prise en charge psychothérapeutique mise en place depuis novembre 2010.

L'intensité de l'état dépressif et l'accompagnement de symptômes psychotiques ne justifie pas pour autant d'envisager une hospitalisation en milieu psychiatrique qui n'apporterait en aucun cas une amélioration de la situation déjà précaire de l'expertisé. Les capacités de mentalisation limitées de Monsieur B. \_\_\_\_\_ l'empêchent d'exprimer avec clarté ses souffrances psychologiques. Si la prise en charge psychothérapeutique ambulatoire actuellement en cours est nécessaire, elle reste difficile dans cette situation.

Par rapport à l'appréciation psychiatrique émise en mai 2010, la capacité de travail paraît grandement limitée par la pathologie psychiatrique actuelle.

Globalement, en tenant compte des différents avis médicaux spécialisés émis, rhumatologique, orthopédique et après colloque multidisciplinaire, nous estimons que la capacité de travail résiduelle de Monsieur B. \_\_\_\_\_ est nulle dans quelque activité que ce soit; il présente des limitations fonctionnelles majeures tant sur le plan somatique (fonction de marche perturbée de manière définitive, douleurs chroniques du MI droit post-traumatiques, avec atteinte neurologique) que psychiatrique (atteinte chronifiée et récurrente, tristesse, anhédonie, idéation suicidaire, symptomatologie psychotique).

La sévérité de l'atteinte psychiatrique justifie en elle-même d'une incapacité de travail totale.

Sur le plan thérapeutique, nous ne pouvons qu'encourager le maintien du suivi psychothérapeutique mis en place auprès de la Dresse V. \_\_\_\_\_, qui peut permettre au mieux d'empêcher une aggravation de la situation, sans préjuger pour autant d'une amélioration fonctionnelle à moyen terme.

#### **REPONSES AUX QUESTIONS**

**• Degré de la capacité de travail résiduelle en % d'activité lucrative exercée (ou des travaux habituels pour les ménagères) avant la survenue de l'atteinte à la santé ?**

Actuellement, nous estimons la capacité de travail résiduelle de nulle dans l'activité auparavant exercée, ainsi que dans toute activité que ce soit.

**• A quelle date la capacité de travail a-t-elle subi une réduction de 25% au moins?**

La capacité de travail est diminuée de 25 % au moins depuis le 02.11.2007, date de l'accident professionnel.

**• Comment le degré de capacité de travail a-t-il évolué depuis lors?**

Monsieur B. \_\_\_\_\_ n'a jamais repris d'activité professionnelle après cette date. Dans l'activité antérieure ou toute activité non sédentaire, la capacité de travail est restée nulle depuis l'accident.

• **Pronostic (de la capacité de travail)?**

Le pronostic peut être qualifié de défavorable en raison de l'importance du trouble psychiatrique devenu chronique, engendrant des limitations fonctionnelles majeures dans sa vie quotidienne (thymie sur le versant dépressif, difficultés de concentration, tristesse, découragement, anhédonie, idées suicidaires).

• **La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ?**

Non.

Monsieur B. \_\_\_\_\_ bénéficie déjà d'une prise en charge psychothérapeutique adéquate.

• **Quelle capacité de travail peut-on espérer par la suite?**

0%.

• **L'assuré est-il d'accord avec ce traitement?**

Oui

• **La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures d'ordre professionnel?**

Non. Une première tentative de réadaptation par le biais de l'ORIPH s'est rapidement soldée par un échec. Actuellement, la gravité de l'atteinte psychiatrique entraînerait un échec de toute mesure de réadaptation.

• **Un reclassement professionnel est-il judicieux?**

Non.

• **Quelles sont les limitations dues à l'atteinte à la santé (préciser ce qui convient):**

o Position de travail (debout, assis, etc.) : activité sédentaire sans nécessité de déplacement ou alors occasionnel et sur quelques mètres uniquement, pas de déplacement dans les escaliers, pas de conduite de véhicule;

o Port de charges;

o Travaux lourds;

o Autre atteinte psychiatrique chronifiée sous forme d'un état dépressif moyen à sévère, anhédonie, fatigue constante, symptomatologie psychotique.

• **La capacité de travail peut-elle être améliorée par des moyens auxiliaires?**

Non.

• **Quelle capacité de travail peut-on espérer dans un emploi adapté?**

La capacité de travail doit être considérée comme nulle dans quelque activité que ce soit.»

A la suite de ce rapport, le SMR a établi le 28 octobre 2011 un avis médical dont on extrait ce qui suit :

«Un examen COMAI avait été proposé. [...] Dès lors, c'est bien à partir de septembre 2010 que, comme l'a signalé la Dresse V. \_\_\_\_\_, on peut admettre une CT est [sic] nulle en toute activité, en lien avec l'aggravation au plan psychiatrique.... » [ndlr : passages soulignés dans le texte original].

Le 22 novembre 2011, l'intimé a adressé à Me Olivier Carré, conseil de l'assuré, un projet d'acceptation de rente annulant et remplaçant le projet de décision du 16 décembre 2010.

Ce projet prévoyait d'accorder au recourant une rente basée sur un degré d'invalidité de 100% dès le 2 novembre 2008, une rente basée sur un degré d'invalidité de 48% dès le 1<sup>er</sup> août 2009 et une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010.

Par un courrier de son conseil du 13 décembre 2011, l'assuré s'est opposé à cette décision dans la mesure où elle limitait le taux d'invalidité qui lui était reconnu d'août 2009 à novembre 2010. En outre, il estimait que, même si l'on devait retenir une limitation sur la période concernée, celle-ci serait trop importante. L'assuré invoquait notamment qu'il n'avait consulté un psychiatre qu'à l'automne 2010 parce que sa situation causait certaines inquiétudes. Il serait fort peu probable qu'après l'accident dont il a été victime le 2 novembre 2007, il ait fallu quasiment trois années pour que, brusquement, la situation psychiatrique se dégrade, si cette causalité est établie. Il exposait en outre que même si l'on devait admettre une réduction pendant la période concernée, en raison de ses nombreuses limitations, les chiffres retenus pour déterminer le revenu après invalidité seraient excessifs.

Le 20 février 2012, le conseil de l'assuré a produit un nouveau rapport de la Dresse V. \_\_\_\_\_ dont on extrait ce qui suit :

*«Il m'est impossible de détailler avec certitude l'état physique [recte : psychique] d'un patient à une période où je ne l'avais jamais rencontré. Je suis le patient depuis novembre 2011 où j'ai posé un diagnostic de dépression sévère avec symptômes psychotiques. Je pourrai cependant supposer que le patient a développé les mois précédents le début de ma prise en charge progressivement des symptômes dépressifs (notamment suite à l'accident du travail survenu quelques mois plus tôt). Cet événement semble, selon l'anamnèse que j'ai pu établir avec ce patient, avoir été le stressor principal pour celui-ci.»*

Le 1<sup>er</sup> mars 2012, le SMR, soit les Drs A. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, médecins, a rendu un nouvel avis médical dont on extrait ce qui suit :

*«Jusqu'en mai 2010, il n'y a donc aucun document médical (rapports hospitaliers, documents [...], etc) qui permette de suspecter une atteinte psychiatrique invalidante au sens de l'AI. Dès mai 2010, le Dr C.\_\_\_\_\_ a retenu un épisode dépressif léger à moyen, valant pour une diminution de rendement de 20%. Je rappelle que dans son courrier daté du 26.11.2010 la Dresse V.\_\_\_\_\_ rapporte suivre l'assuré depuis le 26.11.2010 et que son état s'est péjoré depuis environ 2 mois (donc depuis septembre 2010); et c'est bien, faute d'autres informations plus précises, et comme écrit dans l'avis médical du 28.10.2011, c'est donc bien cette date de septembre 2010 qu'il s'agit de retenir pour fixer l'aggravation psychiatrique avec une CT nulle en toute activité. Contrairement à ce que laisse entendre [le conseil de l'assuré], la situation psychiatrique de M. B.\_\_\_\_\_ ne s'est pas dégradée brusquement, mais bien progressivement, avec pour points de repères mai 2010 et le Dr C.\_\_\_\_\_, puis septembre 2010 et la Dresse V.\_\_\_\_\_».*

Par décision du 30 mai 2012, reçue le 4 juin 2012 par le conseil de l'assuré, l'OAI a accordé au recourant :

- dès le 2 novembre 2008, une rente basée sur un degré d'invalidité de 100% (soit une rente entière);
- dès le 1<sup>er</sup> août 2009, une rente basée sur un degré d'invalidité de 48% (soit un quart de rente);
- dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010, soit trois mois après l'aggravation de son état de santé, une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100%.

Cette décision fixait également le montant de la rente entière d'invalidité due au recourant dès le 1<sup>er</sup> juillet 2012 et indiquait qu'une «*décision rétroactive pour la période du 1<sup>er</sup> novembre 2008 au 30 juin 2012*» lui parviendrait ultérieurement.

En résumé, l'OAI a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail totale pendant la période allant du 2 novembre 2008, soit une année après l'accident de travail dont il a été victime jusqu'au mois de mai 2009.

L'intimé a considéré que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré dès le mois de mai 2009 et qu'une capacité de travail de 80% (100% avec diminution de rendement de 20%) pouvait raisonnablement

être exigée de lui dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité assise, déplacements limités à quelques mètres, pas d'escaliers ou de marche en terrain inégal, pas de nécessité de conduite). Il a calculé un salaire hypothétique fondé sur les données de l'Enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique de 48'990 fr. 75 par année à 80%. L'OAI a en outre pris en considération un abattement de 15% sur le revenu d'invalidité compte tenu des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assuré soit d'un revenu annuel d'invalidité de 41'642 fr. 14. Le degré d'invalidité a été calculé en tenant compte d'une perte de gain de 38'306 fr. 85 (soit 79'849 fr. - 41'542 fr. 15) soit un degré d'invalidité de 48%. Ce degré d'invalidité est valable dès le 1<sup>er</sup> août 2009 soit trois mois après la modification de l'état de santé de l'assuré.

L'OAI a enfin considéré que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé au niveau psychiatrique à partir du mois de septembre 2010 et qu'il présentait une incapacité de travail totale dans toute activité depuis cette date. Par conséquent, le taux d'invalidité a été fixé à nouveau à 100% trois mois après la modification de l'état de santé, soit dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010.

**C.** Par acte de son conseil du 4 juillet 2012, B.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision du 30 mai 2012 de l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il demande l'annulation de la décision attaquée et le renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision.

Dans son mémoire, le recourant conteste uniquement l'indemnisation pour la période courant du 1<sup>er</sup> août 2009 au 31 octobre 2010. Il fait valoir que les seules atteintes orthopédiques sont suffisamment massives pour justifier une invalidité complète. Pour le surplus, les évaluations des psychiatres de la K.\_\_\_\_\_ seraient isolées et ne seraient pas pertinentes dans le cadre de l'examen de la demande AI. Ces observations médicales seraient en outre trop anciennes. Le recourant requiert la mise en œuvre d'une «évaluation complète et pluridisciplinaire». En outre, le recourant conteste également le revenu

théorique d'invalidé retenu par l'OAI pour la période d'indemnisation demeurée litigieuse. Le chiffre de 41'542 fr. 15 serait exagéré et ne correspondrait pas au potentiel du recourant. Enfin, il y aurait lieu de tenir compte d'un abattement supplémentaire pour limitation de rendement de 25% et non de 15%.

Le 24 octobre 2012, l'OAI s'est déterminé sur le recours. Il a exposé s'être principalement fondé pour la période litigieuse sur le rapport d'examen médical final de la CNA du 31 mai 2010, qui remplirait tous les critères jurisprudentiels pour qu'une pleine valeur probante lui soit accordée et dont les conclusions ne seraient remises en cause par aucune pièce au dossier. En outre, le revenu d'invalidé serait déterminé sur la base des données statistiques et un abattement de 15% correspondrait à l'âge et aux limites fonctionnelles de l'assuré. L'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Le 5 mars 2013, le recourant a produit par l'intermédiaire de son conseil un nouvel avis médical du Dr [...] daté du 20 février 2013. Il résulte de ce rapport que la pathologie rachidienne lombaire dont souffre le recourant ne peut être mise en relation de causalité avec l'accident du 2 novembre 2007. Le 28 mars 2013, l'OAI a considéré que ce nouveau rapport médical n'apportait rien de nouveau.

Le 21 novembre 2013, le magistrat instructeur a constaté que la décision attaquée, qui ne fixait le montant de la rente que dès le 1<sup>er</sup> juillet 2012 tandis que sa motivation traitait du degré d'invalidité pour la période litigieuse, pouvait paraître ambiguë. La procédure a été suspendue et un délai a été imparti au recourant pour qu'il produise la décision formelle pour la période du 1<sup>er</sup> août 2009 au 30 novembre 2010, indiquant notamment le montant de la rente ainsi que d'éventuelles compensations.

Le 9 décembre 2013, le recourant a produit par l'intermédiaire de son conseil trois décisions de l'intimé, toutes trois datées du 30 août 2012, chiffrant le montant des prestations AI respectivement pour les

périodes du 1<sup>er</sup> novembre 2008 au 31 juillet 2009 (rente entière correspondant à un degré d'invalidité de 100%), du 1<sup>er</sup> août 2009 au 30 novembre 2010 (quart de rente correspondant à un degré d'invalidité de 48%), et du 1<sup>er</sup> décembre 2010 au 30 juin 2012 (rente entière correspondant à un degré d'invalidité de 100%). Le conseil du recourant a indiqué qu'un recours n'avait pas été déposé séparément contre ces décisions, seul le passage transitoire à un quart de rente pendant une courte période étant contesté, et a sollicité la reprise de la procédure.

Les parties ne se sont plus exprimées, de sorte que le dossier a été gardé à juger. La Cour a statué par voie de circulation.

### **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 en principe à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur oppositions et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 57a LAI) – sont sujettes à recours devant le 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).

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV

173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** Déposé par le conseil du recourant dans le délai de 30 jours dès la décision attaquée, le recours a été formé en temps utile. Répondant pour le surplus aux exigences formelles de l'art. 61 let. b LPGA, le recours est recevable.

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

**b)** Lorsqu'un office de l'AI rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie des rentes d'invalidité, il règle de ce fait un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente comprenant le calcul de la prestation corrélative. Il n'en demeure pas moins que c'est le droit à la rente qui forme l'objet du litige dans cette situation.

Si l'assuré ne conteste dans son recours que certains aspects d'un tel prononcé, cela ne signifie pas pour autant que les autres éléments non contestés acquièrent force de chose jugée et sont soustraits à l'examen du juge (cf. ATF 122 V 351 consid. 4).

**c)** En l'occurrence, la décision du 30 mai 2012 de l'OAI dont est recours accorde au recourant une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100% dès le 2 novembre 2008, un quart de rente basé sur un degré d'invalidité de 48% dès le 1<sup>er</sup> août 2009 et une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010. Elle fixe également le montant de la rente du recourant dès le 1<sup>er</sup> juillet 2012. Le 30 août 2012, l'OAI a rendu trois nouvelles décisions fixant le montant des prestations mensuelles dues au recourant respectivement du 1<sup>er</sup> novembre 2008 au 31 juillet 2009, du 1<sup>er</sup> août 2009 au 30 novembre 2010 et du 1<sup>er</sup> décembre 2010 au 30 juin 2012. Le recourant n'a pas recouru en temps utile contre ces dernières décisions.

Cela étant, il convient d'admettre que l'OAI ne pouvait pas statuer, dans la décision du 30 mai 2012, sur le droit à la rente pour la période dès le 1<sup>er</sup> juillet 2012 sans avoir préalablement fixé le droit aux prestations pour la période antérieure. Le fait qu'il ait indiqué qu'il ne serait formellement statué sur ce droit, pour la période courant du 1<sup>er</sup> novembre 2008 au 30 juin 2012, qu'à un moment ultérieur ne constitue qu'une circonstance liée au délai de calcul des montants concrètement versés à titre rétroactif. Il n'en demeure pas moins que l'intimé était au clair, lorsqu'il a rendu la décision du 30 mai 2012, sur le fait qu'il servirait une même prestation pour la période antérieure, en l'absence de toute modification des circonstances justifiant l'octroi de prestations différentes. Cela ressort d'ailleurs explicitement du texte de la décision. Dans ces circonstances, il se justifie d'examiner le droit aux prestations également pour la période antérieure au 1<sup>er</sup> juillet 2012, étant toutefois admis, en l'absence de grief soulevé par le recourant, que le tribunal peut limiter son examen aux aspects qui paraissent poser clairement problème au regard du dossier et des allégations des parties.

**d)** La question litigieuse en l'espèce concerne donc le droit du recourant à une rente de l'assurance invalidité suite à la demande de prestations déposée le 1<sup>er</sup> juillet 2008.

Dans ses écritures, le recourant conteste uniquement le degré d'invalidité de 48% retenu par la décision du 30 mai 2012 pendant la période du 1<sup>er</sup> août 2009 au 30 novembre 2010. Pour le surplus, le recourant ne formule aucun grief quant à la date retenue pour le début du droit à la rente, soit le 2 novembre 2008 ni sur l'octroi d'une rente entière pour la période antérieure au 1<sup>er</sup> août 2009 ainsi que pour celle qui est postérieure au 1<sup>er</sup> décembre 2010. Dans la mesure où l'octroi d'une rente entière pour les périodes précitées ne prête pas flanc à la critique au regard des pièces médicales au dossier, on limitera l'examen au droit à la rente pour la période comprise entre le 1<sup>er</sup> août 2009 et le 30 novembre 2010.

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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. L'art. 6 LPGA définit la notion d'incapacité de travail 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 exigible de sa part peut également relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente une capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels qui ne

puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (a.), qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (b.) et qu'au terme de cette année, il se trouve invalide (art. 8 LPGA) à 40% minimum (c.) (art. 28 al. 1 LAI).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

**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\_444/2014 du 17 novembre 2014, consid. 3.1, 9C\_83/2013 du 9 juillet 2013, consid. 4.2, 9C\_58/2013 du 22 mai 2013, consid. 3.1 et 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 9C\_444/2014 du 17 novembre 2014, consid. 3.1, 9C\_58/2013 du 22 mai 2013, consid. 3.1, I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 8C\_624/2014 du 19 décembre 2014, consid. 5.4.2, 8C\_368/2013 du 25 février 2014, consid. 4.2.4, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C\_1001/2012 du 29 mai 2013, consid. 2.2 et 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). 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 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 8C\_624/2014 du 19 décembre 2014, consid. 5.4.2, 9C\_205/2013 du 1er octobre 2013, consid. 3.2, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013, op. cit., 9C\_66/2013 du 1er juillet 2013, consid. 4, 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C\_658/2008 et 8C\_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1).

Il n'existe pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne d'une assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 et 4.6; TF 9C\_702/2013 du 16 décembre 2013, consid. 3.4.2 et 9C\_737/2012 du 19 mars 2013, consid. 2.3). 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 confidentiels privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références

citées ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4 et 9C\_649/2008 du 31 août 2009, consid. 2; TFA I 554/2001 du 19 avril 2002, consid. 2a).

**c)** Selon la jurisprudence, la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'article 17 al. 1 LPGA (TF 9C\_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3). Selon cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est révisée pour l'avenir d'office ou sur demande. Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (TF 9C\_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3).

Lorsque l'autorité alloue rétroactivement une rente d'invalidité dégressive ou temporaire et que seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer sur des périodes au sujet desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (TF 9C\_394/2010 du 24 février 2011 consid. 3.2 et les références citées).

**5. a)** En l'espèce, le recourant présentait, selon la décision attaquée, dès le mois de mai 2009 une capacité de travail de 80% (100% avec diminution de rendement de 20%) dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité assise, déplacements limités à quelques mètres, pas d'escaliers ou de marche en terrain inégal, pas de nécessité

de conduite). Le recourant soutient au contraire que, pendant la période litigieuse, son incapacité de travail était restée totale. Sa convalescence aurait été linéaire depuis l'accident dont il a été victime sur son lieu de travail le 2 novembre 2007. Les atteintes orthopédiques seraient à elles seules suffisantes pour justifier une invalidité complète dans toutes activités. Quant à l'aspect psychiatrique, le recourant considère que les évaluations de la K.\_\_\_\_\_ et de la CNA sont isolées et non pertinentes en raison du fait qu'était alors examiné le lien de causalité entre l'accident et une éventuelle affection psychiatrique. En outre, vu l'ancienneté des rapports en question et le fait que les médecins de la CNA se sont prononcés sur dossier, il y aurait lieu d'ordonner une expertise complète et pluridisciplinaire dans le cadre de la procédure devant la Cour de céans.

**b)** L'intimé se réfère principalement aux rapports médicaux émanant de la CNA. Le Dr X.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a en effet examiné le recourant le 25 mai 2009. Il ressortait des conclusions de ce praticien que l'ancienne activité du recourant de manœuvre aux Z.\_\_\_\_\_ était définitivement exclue mais que celui-ci pourrait mettre en valeur une capacité de travail totale, sans restriction de temps ni de rendement, dans une activité assise où les déplacements seraient réduits à quelques mètres, avec possibilité de prendre une ou deux cannes anglaises, sans escalier et sans nécessité de déambuler sur terrain inégal.

Toutefois, ce praticien relevait expressément dans ce même rapport que l'état de santé du recourant n'était pas encore stabilisé à cette date. La CNA a d'ailleurs continué le versement des indemnités journalières. En outre, le Dr X.\_\_\_\_\_ avait expressément utilisé le conditionnel en se référant à la pleine capacité de travail du recourant («pourrait mettre en valeur une capacité de travail totale»), ce qui démontre qu'il ne considérait pas que ce dernier avait déjà retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée mais que cette hypothèse pouvait se réaliser à l'avenir, ce qui justifiait la mise en place d'un projet de reconversion professionnelle.

La CNA a procédé postérieurement soit le 31 mai 2010 à un examen final du recourant lors duquel ce dernier a à nouveau été examiné par le Dr X.\_\_\_\_\_ ainsi que par le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport, ces médecins considèrent alors que la situation est stabilisée sur le plan médical en raison du fait qu'aucune mesure n'est envisagée d'ordre conservateur ou chirurgical susceptible de modifier de manière déterminante la situation. Ils estiment que le recourant dispose, du point de vue somatique, immédiatement d'une capacité de travail totale pour temps de présence et rendement dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité purement sédentaire, sans nécessité de déplacement ou alors occasionnellement et seulement sur quelques mètres, sans déplacement dans les escaliers, sans nécessité de conduite). Ces médecins retiennent aussi pour la première fois des diagnostics de troubles psychiques sous la forme d'un épisode dépressif léger à moyen sans syndrome somatique ainsi qu'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologique. Ils estiment que ces troubles, en particulier l'épisode dépressif léger à moyen, a une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré par une diminution du rendement de l'ordre de 20%. Ce n'est qu'à la suite de ce rapport final que la CNA a décidé d'arrêter le versement des indemnités journalières et de fixer le droit à une rente d'invalidité partielle.

Rien n'indique pour le surplus que le recourant ait disposé d'une capacité de travail même restreinte dans une activité adaptée avant le 31 mai 2010 compte tenu de ses troubles somatiques. Il résulte ainsi du dossier que, pendant cette période, le recourant a été hospitalisé à deux reprises (soit du 25 janvier 2010 au 28 janvier 2010 et du 8 mars 2010 au 12 mars 2010) à la K.\_\_\_\_\_. Certes, les médecins de la K.\_\_\_\_\_ notent dans leur rapport que la situation médicale peut être considérée comme stabilisée mais ils ne se prononcent pas sur une éventuelle capacité de travail du recourant. Par ailleurs, le 23 mars 2010 soit pendant la période incriminée, le recourant a dû interrompre un stage qu'il avait débuté à l'Orif en raison des douleurs qu'il ressentait. Sur la base des pièces médicales du dossier, on doit donc retenir que, sur le plan

orthopédique, le recourant n'a recouvré une capacité de travail dans une activité adaptée qu'à partir du 1<sup>er</sup> juin 2010 et non dès le mois de mai 2009 comme l'a retenu à tort l'intimé sur la base de l'avis du SMR du 13 juillet 2009. En revanche, comme cela résulte du rapport des experts de la L.\_\_\_\_\_, la capacité de travail dans une activité adaptée est demeurée complète sur le plan orthopédique depuis cette date.

En outre, l'intimé retient en contradiction avec les pièces du dossier une diminution de rendement de 20% en raison des troubles psychiques dès le mois de mai 2009. Or, les troubles psychiatriques avec un effet sur la capacité de travail de l'intéressé n'ont été diagnostiqués pour la première fois que le 31 mai 2010 lors de l'examen final par les médecins d'arrondissement de la CNA. Les médecins de la K.\_\_\_\_\_ n'ont en particulier pas retenu de diagnostic psychiatrique dans leur rapport du 22 janvier 2010.

C'est donc au plus tôt à partir du 1<sup>er</sup> juin 2010 que l'on pouvait considérer, sur la base des rapports médicaux, que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20% compte tenu des troubles psychiques, soit de l'épisode dépressif, léger à moyen. Pour le surplus, l'intimé retient sur la base du rapport d'expertise de la L.\_\_\_\_\_ que la capacité de travail du recourant était nulle dans toute activité du seul fait de ses troubles psychiques à partir du mois de septembre 2010, ce qui est conforme aux pièces du dossier.

En résumé, il y a lieu de retenir que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée était nulle du fait de ses troubles orthopédiques au moins jusqu'au 1<sup>er</sup> juin 2010 et du fait de ses troubles psychiques dès le mois de septembre 2010. L'amélioration de la capacité de gain du recourant n'a donc jamais duré plus de trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Elle ne pouvait donc pas être prise en considération par l'intimé pour supprimer partiellement le droit à la rente du recourant.

**c)** En conclusion, il y a lieu de retenir que l'état de santé du recourant ne s'est jamais amélioré pendant une période suffisante pour permettre la suppression d'une partie du droit aux prestations. C'est donc à tort que l'intimé a considéré que le recourant n'avait droit qu'à un quart de rente pendant la période comprise entre le 1<sup>er</sup> août 2009 et le 30 novembre 2010. Une rente entière doit donc également lui être allouée pendant cette période.

**d)** Le dossier étant complet, permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner la mise en œuvre de l'expertise pluridisciplinaire requise par le recourant. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2; 9C\_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

**7.** Dans la mesure où il est fait droit à la conclusion principale du recourant, point n'est besoin d'examiner les autres griefs formés par celui-ci à l'encontre de la décision attaquée.

**8. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision rendue le 30 mai 2012 par l'OAI réformée en ce sens que le recourant est mis au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité également pour la période comprise entre le 1<sup>er</sup> août 2009 et le 30 novembre 2010 et confirmée pour le surplus.

**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 (art. 69 al. 1bis LAI). Pour les affaires en matière d'assurance-invalidité, l'émolument est compris entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 4 al. 2 TFJDA [Tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative]).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur et de la difficulté de la cause, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD).

Enfin, obtenant gain de cause en étant assisté d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens, qu'il convient de fixer, au vu de l'importance et de la complexité du litige, à 2'500 fr. à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I. Le recours déposé le 4 juillet 2012 par B. \_\_\_\_\_ est admis.
- II. La décision rendue le 30 mai 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que B. \_\_\_\_\_ a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité pendant la période comprise entre le 1<sup>er</sup> août 2009 et le 30 novembre 2010 et est confirmée pour le surplus.
- III. Les frais de la cause, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'intimé.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B. \_\_\_\_\_ un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Olivier Carré, avocat 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.

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 :