

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 février 2021

Composition : Mme R Ö T H E N B A C H E R, présidente
Mme Di Ferro Demierre et M. Neu, juges
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

J. _____, à [...], recourant, représenté par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6ss et 17 LPGA ; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. J. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1966, travaillait en tant que carrossier à 100% depuis le 1^{er} avril 2006 puis à 75% depuis le 1^{er} janvier 2007 lorsqu'il a été victime d'un accident de la route avec son Scooter en date du 8 mai 2007.

Blessé, l'assuré a été hospitalisé aux urgences de l'Hôpital de [...]. Un CT-scan a mis en évidence une fracture au niveau L2, raison pour laquelle l'assuré a été transféré aux Hôpitaux universitaires S. _____ (Hôpitaux universitaires S. _____), où il a séjourné jusqu'au 25 juin 2007. Il y a subi deux interventions, soit une spondylodèse L1 à L3 avec laminectomie L2-L3 le 8 mai 2007 ainsi qu'une corpectomie L2 avec décompression antérieure de la queue de cheval par abord rétro-péritonéal gauche et mise en place d'une cage VBR [vertebral body replacement] le 16 mai 2007. Des séances de physiothérapie et d'ergothérapie lui ont été prescrites en sus d'un traitement médicamenteux. A la sortie de son séjour hospitalier, l'assuré présentait une zone d'hyposensibilité sur la face postérieure de la cuisse, à la face latérale de la jambe ainsi qu'à la face latérale et inférieure du pied à droite, avec une anesthésie quasi complète en S1, un déficit de force au niveau du moyen fessier à M3, ilio-psoas, quadriceps, ischio-jambier à M4, triceps sutural à M2, jambier antérieur à M3, de même que des limitations articulaires aux deux chevilles. Les diagnostics de fracture Burst Split de L2 (traitée par corpectomie rétro-péritonéale, cage, fixation L1-L3, laminectomie L2-L3 et suture d'une brèche de la dure-mère), de paraparésie du membre inférieur droit séquellaire sur syndrome de la queue de cheval, d'entorse de la cheville droite et d'allodynie de la face externe du pied droit ont été posés.

La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a pris en charge le cas et a versé des indemnités journalières à l'assuré. Celui-ci a été en incapacité de travail totale depuis lors et les rapports de travail ont pris fin avec effet au 30 juin 2008.

Dans un rapport du 27 août 2007, la Dre K._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitante de l'assuré, mentionnait des douleurs et des paresthésies de la jambe droite chez son patient ainsi qu'un déficit moteur important du membre inférieur droit avec steppage.

Un compte-rendu de la CNA du 29 août 2007 faisait état que l'assuré n'avait pratiquement pas de sensation à la jambe droite depuis le genou et que la sensibilité était revenue à 80% du genou droit à la hanche, étant précisé que celui-ci se déplaçait avec deux cannes.

Le 27 septembre 2007, l'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en invoquant comme atteinte une fracture de L2 instable, cage et fixation L1-L3, un symptôme de la queue de cheval, une douleur au bas du dos chronique ainsi qu'une insensibilité à la jambe droite.

L'assuré a effectué un premier séjour à la Clinique W._____
(Clinique W._____) du 30 octobre au 5 décembre 2007. A l'issue de ce séjour, le bilan était plutôt positif avec une jambe droite plus stable. Toutefois, au niveau de la sensibilité, l'intéressé n'avait pas constaté d'amélioration, ce qui pouvait facilement le faire tomber. Un reclassement professionnel semblait ainsi nécessaire (cf. rapport intitulé « Suivi et détermination d'objectifs » de la CNA du 14 décembre 2007).

En parallèle, soit en date du 26 novembre 2007, la Dre K._____ a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de fracture Burst Split de L2 traitée par corpectomie rétro-péritonale, cage, fixation L1-L3, laminectomie L2-L3 et suture d'une brèche de la dure-mère, paraparésie du membre inférieur droit séquellaire sur syndrome de la queue de cheval, allodynie de la face externe du pied droit et incontinence urinaire intermittente. Elle a précisé que les douleurs et les paresthésies de la jambe droite s'aggravaient et que dans l'immédiat, une reprise d'activité professionnelle identique à celle que son

patient exerçait auparavant, à savoir carrossier peintre en automobiles, n'était pas envisageable à tout le moins avant une année et moyennant des aménagements.

La CNA, dans un rapport de suivi de l'assuré du 13 février 2008, a indiqué que celui-ci gérait de mieux en mieux son état mais qu'il n'y avait pas d'amélioration au niveau de la sensibilité de sa jambe droite et que les douleurs importantes au dos et au pied droit variaient d'un jour à l'autre.

La Dre K. _____ a, dans un rapport du 18 mars 2008, précisé qu'une amélioration objective et subjective à la suite de son séjour à la Clinique W. _____ avait été constatée, le patient étant en mesure de marcher sans cannes et avec des bâtons pour des longues distances. Une diminution des douleurs et une amélioration de l'état psychologique de l'intéressé avaient également été constatées. Toutefois, la Dre K. _____ précisait encore que la persistance des douleurs et des paresthésies du membre inférieur gauche, de même que de l'instabilité à la marche et du sens positionnel étaient à craindre pour l'avenir.

L'assuré a participé à plusieurs ateliers professionnels dans le cadre de ses séjours à la Clinique W. _____, à l'issue desquels il a été décidé d'une réorientation professionnelle, notamment compte tenu des difficultés pour se déplacer et de l'impossibilité de tenir longtemps la position assise.

Il ressort d'un rapport complété à l'attention de l'OAI le 13 juin 2008 par le Dr I. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie et médecin-adjoint au sein de la Clinique W. _____, que les limitations fonctionnelles de l'assuré étaient les suivantes : position à genoux et accroupie, travail en hauteur ou sur une échelle et les déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Ce médecin a également précisé que la capacité de travail de l'assuré dans son activité de carrossier était nulle mais que celui-ci pouvait exercer une activité adaptée dès la fin de la formation appropriée. Il n'y avait en outre

pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. Le Dr I._____ a encore mentionné que l'intensité de la douleur lombaire et du membre inférieur droit était variable entre 1-8/10 à l'EVA [échelle d'évaluation de la douleur].

En réponse à un questionnaire de la CNA, le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assuré depuis le 17 avril 2008, a, dans un rapport reçu le 25 juin 2008, notamment posé le diagnostic de trouble dépressif réactionnel sévère (F32.2) avec signes de stress post-traumatique, tout en précisant que le patient était sous antidépresseur et bénéficiait d'un suivi psychothérapeutique.

Dans un rapport du 1^{er} juillet 2008, la Dre D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et cheffe de clinique au sein de la Clinique W._____, a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22). Elle a également décrit l'intéressé ainsi :

« Il s'agit d'un patient âgé de 42 ans qui présente des douleurs persistantes au niveau du dos, du blocage et des limitations des mouvements à une année de son accident. Des éléments biographiques, on retient un épisode dépressif suite à une perte d'emploi en [...]. Ce patient bénéficie d'un traitement psychotrope depuis novembre 2007 et d'un suivi psychiatrique dernièrement. Notre évaluation met en évidence l'existence d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive de degré modéré marqué par une modification du comportement, une conduite d'évitement avec consommation d'alcool et de cigarettes, des idées suicidaires passagères et une perte de confiance. Alors qu'il a pu stabiliser sa situation en venant travailler en Suisse, actuellement il est de nouveau confronté à une incapacité de travail et un licenciement. »

Les médecins de la Clinique W._____, dont le Dr I._____, ont conclu, dans un rapport du 3 juillet 2008, à une incapacité de travail de l'assuré de 100% dans la profession de carrossier-mécanicien. Sur le plan physique, la reprise d'une autre activité professionnelle sans contrainte au niveau dorsolombaire permettant une activité assise en position alternée pouvait être envisagée et exigée.

Par communication du 22 juillet 2008, l'OAI a fait savoir à l'intéressé qu'il avait droit à une mesure sous la forme d'une orientation professionnelle pour déterminer les possibilités de réinsertion professionnelle.

L'assuré a bénéficié d'un stage d'orientation professionnelle d'une durée de trois mois, soit du 6 avril au 5 juillet 2009, à l'unité d'évaluation des capacités professionnelles, effectué auprès des Etablissements A._____ (Etablissements A._____) à [...]. Ce stage a été prolongé de trois mois supplémentaires, soit jusqu'au 4 octobre 2009.

Le 8 juin 2009, la Dre K._____ a établi un certificat médical attestant d'une capacité de travail maximale de 80% qui tient compte des limitations physiques de son patient. Ce certificat était établi pour une durée de 6 mois à l'issue de laquelle la situation devait être réévaluée.

Dans un rapport médical intermédiaire du 31 août 2009, le Dr Z._____ a posé le diagnostic de trouble dépressif et a évoqué une amélioration thymique du patient sous traitement antidépresseur et suivi psychothérapeutique.

Entre les mois d'octobre 2009 et mai 2010, l'OAI a pris en charge les frais relatifs à des cours de français, d'informatique et de bureautique.

Aux termes d'un rapport médical intermédiaire du 26 juillet 2010, le Dr Z._____ a fait état d'une légère amélioration de la symptomatologie dépressive de son patient par des activités occupationnelles, tout en précisant que celui-ci s'épuisait psychiquement très rapidement avec une perte d'énergie et d'espoir.

Par communication du 4 août 2010, l'OAI a informé l'assuré de l'octroi en sa faveur de mesures professionnelles sous forme de cours d'aide-comptable du 28 septembre 2010 au 21 mai 2011 avec un taux de présence à 50%. Cette formation s'est achevée le 29 février 2012. L'assuré a ensuite effectué un stage d'aide-comptable à mi-temps auprès

de l'entreprise Q._____ du 14 mai 2012 au 11 février 2013. L'OAI a encore pris en charge les frais pour une mise à jour bureautique du 14 mars 2013 au 30 avril 2013. Dès le 1^{er} mai 2013, l'assuré s'est inscrit au chômage.

Sur le plan médical, la Dre K._____ a précisé, dans un rapport du 1^{er} décembre 2010, que l'état clinique de son patient était stabilisé depuis 2009.

Le Dr Z._____ a, pour sa part, constaté, dans un rapport du 26 août 2011, une amélioration psychique de son patient.

La Dre K._____ a, dans un rapport du 22 février 2012, mentionné ce qui suit :

« Le patient se plaint de douleurs lombaires basses chroniques de douleurs du membre inférieur droit sous forme de décharges électriques et de brûlures sur la face externe de la jambe D [droite], extrêmement invalidantes et rendant toute activité impossible. L'apparition et la durée de ces douleurs sont brutales et aléatoires. Insensibilité complète face latérale jambe droite et partielle face interne de la jambe droite. Il doit visualiser sa jambe pour savoir où elle se trouve. Phénomènes de lâchage de la cheville droite ; boiterie. Le patient présente des épisodes de blocage lombaire imprévisibles qui le rendent alors incapable de lever les jambes, raison pour laquelle, on lui administre des infiltrations 1x/2-3 mois (épisodes moins fréquent (sic) sous infiltrations). Le patient se plaint d'une importante difficulté de concentration, de mémorisation et de phénomènes de sédation sous les différents traitements. Il se plaint d'une dysfonction érectile et d'une anédonie, d'une incontinence urinaire partielle.

On observe :

Une stabilisation des symptômes séquellaires depuis environ le printemps 2008 avec : persistance d'une ataxie à la marche, troubles de la sensibilité profonde et superficielle du MID [membre inférieur droit], douleurs neurogènes invalidantes du MID et douleurs lombaires basses en poussées aiguës sur fond chronique, une incontinence urinaire de type central et une dysfonction érectile. [...]

La Dre K._____ a en outre jugé qu'une activité adaptée à 50% avec acceptation de l'employeur de possibilités d'absences liées aux poussées douloureuses invalidantes pouvait être exigée de celui-ci, ceci dès la fin de sa formation d'aide-comptable.

L'assuré a été examiné en date du 17 avril 2012 par les Drs B._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement, et G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous deux médecins-conseils auprès de la CNA. Dans leur rapport daté du même jour, les spécialistes précités ont apprécié la situation médicale de l'intéressé en ces termes :

« Ce patient, âgé actuellement de 46 ans, carrossier, [...], a donc été renversé par une voiture alors qu'il circulait à motocyclette le 08.05.2007.

Il a présenté une fracture de L2 de type Burst avec un fragment intra-canalair s'accompagnant d'une para-parésie.

En urgence, on a fait une laminectomie L2-L3 et une spondylodèse L2-L3 puis le 16.05.2007, une corpectomie de L2 avec décompression antérieure de la queue de cheval par abord rétro-péritonéale G [gauche] et on a mis en place une cage VBR.

Si le patient a bien récupéré du point de vue moteur, d'importants troubles de la sensibilité ont persisté au MID, s'accompagnant de douleurs neurogènes, de troubles mictionnels et d'une dysfonction érectile.

Actuellement, le patient dit qu'il a constamment une sensation de brûlure à la face externe du MID s'accompagnant parfois de décharges électriques qui surviennent inopinément. D'autre part, il ne sent plus sa jambe droite depuis le genou et il doit toujours penser à avancer la jambe pour marcher.

Il souffre également de lombalgies basses. Son dos peut se bloquer et l'empêcher de se lever, même pour aller aux toilettes. Il dit devoir s'allonger après avoir marché environ une heure.

Il se plaint également de troubles mictionnels. Après avoir uriné, il présente parfois des fuites. En revanche, l'évacuation des selles s'effectue sans problème particulier. Quant à l'érection, elle n'est possible qu'avec des médicaments et le patient déplore cette situation qui prive sa vie sexuelle de spontanéité.

Enfin, le patient dit avoir des problèmes de concentration et son moral est fluctuant.

A l'examen clinique, on est en présence d'un patient en surpoids dont la démarche est nettement déséquilibrée, en relation avec une perte du sens postural de la cheville et du pied D [droit].

Objectivement, la mobilité rachidienne est globalement conservée mais il y a une raideur de la charnière dorsolombaire et une inversion du rythme lombo-pelvien. La manœuvre de Lasègue est indolore. Les ROT [réflexes ostéo-tendineux] ne sont pas obtenus. Sous contrôle de la vue, il n'y a pas de déficit au testing musculaire.

Le patient décrit une anesthésie de toute la jambe D [droite] au[-]dessous du genou et il présente une perte du sens postural au niveau de la cheville et du pied D.

Sur le plant (sic) somatique, les séquelles sont donc importantes.

Il s'agit en l'espèce d'un grave trouble de la sensibilité du MID perturbant la marche et rendant la station debout difficile. A cela s'ajoutent des douleurs neurogènes du MID qui sont sûrement pénibles et des lombalgies résiduelles dont on peine quand même un peu à comprendre qu'elles clouent le patient au lit comme il l'explique.

Sur le plan psychiatrique, le patient présente des troubles psychiques manifestes.

Un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique peut être retenu en raison de l'irritabilité, de la fatigabilité, des troubles du sommeil, de l'attention et de la concentration dont se plaint le patient, ainsi que de son angoisse constante perceptible.

Ces troubles sont en relation de causalité naturelle avec l'accident.

Cette co-morbidité psychiatrique qui vient s'ajouter aux séquelles purement somatiques limitent (sic) la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée. Il est probable en revanche que le patient pourrait travailler en plein en l'absence de troubles psychiques.

Quoi qu'il en soit, la poursuite du projet professionnel ne peut être qu'encouragée, même si la réinsertion du patient dans le circuit économique normal est loin d'être garantie, notamment en raison de facteurs sortant du champ médical.

A cet égard, on y verra probablement plus claire (sic) lorsque le patient fera un stage en entreprise. [...] »

Il était précisé, dans une note interne de la CNA du 7 juin 2012, que l'assuré poursuivait son stage d'aide comptable auprès de Q._____ et y travaillait à la mi-journée, le matin. Celui-ci pensait pouvoir continuer à travailler à 50% à l'avenir. La question de la pose d'un stimulateur était par ailleurs évoquée.

Dans un rapport intermédiaire du 29 juin 2012, le Prof. R._____, spécialiste en traitement interventionnel de la douleur et médecin-chef auprès du Département d'anesthésiologie et Centre d'antalgie de l'Hôpital de [...], a constaté une amélioration incomplète et variable en regard des lombalgies et sciatalgies séquellaires d'une fracture « burst » de L2.

Il ressort d'un certificat de travail établi le 11 février 2013 par l'entreprise Q. _____ que, lors de son stage, l'intéressé a assumé différentes tâches, soit le contrôle et l'imputation des caisses débiteurs, le rapprochement de factures et des bulletins de livraisons, la saisie de factures d'achat ainsi que le traitement et l'imputation des frais de représentation.

Par courrier du 14 février 2013, le conseil de l'assuré, en se référant à la formation effectuée par l'assuré, a mentionné qu'« après éventuellement encore quelques cours d'informatique, [celui-ci] s'inscrirait au chômage pour trouver un travail à 50% en tant qu'aide comptable », ce qu'il a effectivement fait à compter du 1^{er} mai 2013.

En date du 10 juillet 2013, le Dr G. _____ de la CNA a revu l'assuré pour un examen psychiatrique. Dans son rapport établi le même jour, il a apprécié la situation de l'intéressé de la manière suivante:

« J'avais posé lors de mon examen avec le Dr B. _____ le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. Je modifie ce diagnostic après l'examen de ce jour. En effet la symptomatologie propre à un trouble dépressif s'est amendée : il n'y a plus d'idées suicidaires, l'humeur est certes fluctuante mais sans abaissement manifeste sur une longue durée, les fonctions instinctuelles sont préservées mise à part le sommeil. J'estime donc qu'un diagnostic d'épisode dépressif ne se justifie plus.

Cet assuré présente un trouble de type post-traumatique avec une angoisse à fleur de peau, une irritabilité et des troubles de l'attention et de la concentration. Ces troubles sont suffisamment importants pour perturber aussi bien ses relations familiales que sociales et affectant également sa capacité de travail. Il me paraît donc justifié de poser un diagnostic de modification durable de la personnalité car il s'agit de manifestations qui perdurent sur le long terme et apportent une modification de la personnalité de l'assuré.

Cet assuré présente des troubles du sommeil. Il m'a indiqué souffrir d'un syndrome d'apnées au cours du sommeil. Il est traité par CPAP [continuous positive airway pressure ; en français : ventilation par pression positive continue] depuis un an et demi environ. Ce syndrome d'apnées au cours du sommeil n'est pas en lien de causalité avec l'accident du 8 mai 2007 ou ses séquelles.

Je ne pose pas d'autre diagnostic psychiatrique. J'exclus le diagnostic de trouble douloureux somatoforme car les douleurs dont se plaint l'assuré ont un substrat organique indéniable. J'exclus également le diagnostic de trouble de conversion car les plaintes de

l'assuré sont limitées aux régions atteintes et qu'il n'y pas d'amplification ni théâtralité.

Lors de l'examen que j'avais effectué avec le Dr B. _____ le 17 avril 2012, nous avons estimé que la capacité de travail de l'assuré était de 50% en raison de troubles psychiques qu'il présentait. L'évaluation du stage qu'il a fait par l'intermédiaire de l'OAI a montré que l'assuré avait de grosses difficultés qui sont, en partie au moins, dues aux séquelles somatiques et psychiques de l'accident du 8 mai 2007. J'estime donc qu'il n'y pas lieu de modifier cette estimation de la capacité de travail après l'examen de ce jour. »

Dans un rapport médical du 7 février 2014, la Dresse K. _____ a indiqué ce qui suit :

« [...] Depuis 2009, l'état clinique s'est stabilisé.

Le patient présente des douleurs neuropathiques du membre inférieur droit, intermittentes, mais extrêmement invalidantes, à type de décharges électrique et/ou brûlures qui le clouent au lit de nombreuses heures ou jours et ne répondent que très partiellement au traitement antalgique. Ces douleurs invalidantes, d'apparition non prévisible posent également de gros problèmes dans le travail de réinsertion professionnel (sic).

[...]

Patient vise une activité à 50% comme aide comptable mais avec pas mal de contraintes au niveau de l'employeur qui devra être très souple avec l'imprévisibilité des crises douloureuses qui le mettent hors circuit. »

Par certificat médical du 17 mars 2014, le Dr R. _____ a attesté une incapacité de travail de son patient de 100% du 17 au 20 mars 2014.

Le même médecin a précisé, dans un rapport du 7 avril 2014, qu'il n'y avait pas d'évolution significative au niveau de l'état de santé de son patient.

Dans un rapport final du service de réadaptation de l'OAI du 31 juillet 2014, il a été tenu compte d'un statut d'actif de 100% et d'une capacité résiduelle de 50% dans une activité adaptée. En se fondant sur un revenu sans invalidité de 80'100 fr. et un revenu avec invalidité de 31'850 fr., le préjudice économique s'élevait à 48'250 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 60.24%.

Par communication du même jour de l'OAI, l'assuré a été informé qu'une aide au placement lui était accordée.

Par certificat médical du 18 août 2014, la Dre K._____ a attesté une incapacité de travail totale de son patient du 6 au 8 août 2014.

Dans un rapport du 29 octobre 2014, le Dr Z._____ a posé le diagnostic d'état dépressif chronique depuis 2008. Il a constaté le statu quo concernant l'aspect dépressif.

Par projet de décision du 8 janvier 2015, l'OAI a fait part à l'intéressé de son intention de lui octroyer une rente entière limitée dans le temps, soit du 1^{er} mai 2008 au 30 avril 2013, et d'un trois-quarts de rente à partir du 1^{er} mai 2013, compte tenu d'un degré d'invalidité de 60% calculé sur la base d'un revenu sans invalidité de 80'100 fr. comme tôlier-carrossier et d'un revenu avec invalidité de 31'850 fr. en tant qu'aide-comptable à 50%.

Le 10 février 2015, l'assuré a contesté la capacité de travail retenue par l'OAI dans son projet de décision du 8 janvier 2015. Il s'appuyait en particulier sur un rapport du 5 novembre 2014 de la Dre K._____, dans lequel celle-ci mentionnait une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis octobre 2013, avec des décharges électriques et d'intenses brûlures du membre inférieur droit qui avaient initialement duré 15 jours, 24h/24h, obligeant à augmenter les doses de Lyrica encore maintenues au jour du rapport sans possibilité de diminution (avec augmentation des effets secondaires sur l'état de vigilance et la concentration). La spécialiste précitée concluait que son patient n'était plus apte du tout à un placement professionnel et que, partant, sa capacité de travail était nulle dans toute activité.

En date du 27 mars 2015, l'assuré a confirmé s'en tenir au rapport de la Dre K._____ du 5 novembre 2014, tout en rappelant qu'il

n'avait jamais eu de capacité de travail à 50% comme aide-comptable et que déjà durant la période des mesures de reclassement, il n'avait pas une telle capacité, dès lors qu'il n'avait pu finir ces dernières qu'avec grand peine. Il a également informé l'OAI qu'un point de la situation devait être effectué par le médecin d'arrondissement de la CNA et par le psychiatre-conseil de celle-ci et qu'il convenait donc d'attendre le résultat de cet examen.

L'examen en question a eu lieu le 18 mai 2015. Du rapport établi le 10 juin 2015 par les Drs B. _____ et G. _____ de la CNA, on extrait ce qui suit :

« Appréciation

[...] Actuellement, le patient dit qu'il a passablement de douleurs, notamment dans la jambe droite où il [a] constamment une sensation de brûlure sur la partie antéro-externe de la jambe, à laquelle viennent s'ajouter des douleurs sous forme de décharges électriques et de coups de couteau qui peuvent durer une à deux heures jusqu'à plusieurs jours. Le patient se plaint également de blocages épisodiques du dos, survenant une à deux fois par mois. Par ailleurs, « sa tête ne marche pas très bien ; il a des trous dans la mémoire ». Il n'évoque plus de difficultés à la marche. A la demande, il relate la persistance de fuites urinaires. Alors qu'il croit sa vessie vide, et de troubles de l'érection.

A l'examen clinique, on est en présence d'un patient en surpoids, au contact agréable, très centré sur ses douleurs mais dont la thymie se module bien en fonction des sujets évoqués, en état général conservé.

Sur le plan somatique, la démarche semble plus assurée et en station debout la charge est mieux répartie. L'appui monopodal D reste impossible et l'accroupissement difficile. On retrouve une raideur de la charnière dorsolombaire mais la mobilité du rachis est globalement conservée et il n'y a pas de syndrome lombo-vertébral manifeste. La manœuvre de Lasègue est négative. Les ROT ne sont pas obtenus. Le tonus et la force musculaire sont conservés à tous les niveaux. Le patient décrit une anesthésie de toute la jambe D au-dessous du genou et il présente manifestement toujours une perte du sens postural de la cheville D et du pied D.

Du point de vue psychiatrique, le patient se plaint de la persistance de troubles du sommeil avec insomnie d'endormissement et de maintien, ronflements et sentiment de fatigue au réveil. Il se plaint également d'une fatigue diurne. L'appétit est préservé. Les relations sexuelles sont toujours présentes mais demandent la prise d'un inhibiteur de la phosphodiesterase pour obtenir une érection satisfaisante. Le moral est préservé. Il n'y a pas d'idées suicidaires. On ne note pas de tristesse ni de ralentissement psychomoteur ou idéique. Le patient est toujours angoissé. Le patient se plaint de

troubles de l'attention et de la concentration. Il dit avoir de la peine à suivre un film à la télévision.

Globalement, tant du point de vue somatique que psychiatrique, la situation paraît largement superposable à celle observée lors de l'examen commun du 17.04.2012 et de l'examen psychiatrique du 10.07.2013.

Il n'y pas d'aggravation notable. L'aggravation dont fait état aussi bien le patient que la Dresse K. _____ sont subjectives. Aucun fait médical nouveau n'est apparu après les examens précédents de 2012 et 2013.

Les conclusions prises en termes d'exigibilité, de limitations fonctionnelles et d'atteinte à l'intégrité restent donc d'actualité.

Bien plus que de douleurs ou d'hypothétiques effets secondaires de la médication, on a l'impression que ce sont des facteurs contextuels qui sont responsables de l'incapacité de M. J. _____ à mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle. »

Le 17 juin 2015, l'assuré a déposé une demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI, laquelle a été rejetée par décision du 28 septembre 2016.

Par décision du 24 mars 2016 confirmant le projet du 8 janvier 2015, l'OAI a octroyé à l'assuré trois-quarts de rente d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2016, tout en l'informant que la décision pour la période du 1^{er} mai 2008 au 31 mars 2016 lui parviendrait ultérieurement.

Parallèlement, la CNA a, par décision du 12 septembre 2014, octroyé à l'assuré une rente d'invalidité au taux de 61% ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 64'080 fr. basée sur un gain annuel de 106'800 francs.

Le 25 novembre 2016, la CNA a rendu une décision sur opposition, rejetant l'opposition formée par l'assuré, considérant qu'elle était fondée à fixer la rente d'invalidité de celui-ci en fonction notamment d'une incapacité de travail de 50% dans l'activité adaptée de référence.

B. Par acte du 29 avril 2016, l'assuré, sous la plume de son conseil, a recouru auprès de la Cour de céans contre la décision de l'OAI du 24 mars 2016, en concluant principalement à son annulation s'agissant du droit à la rente dès le 1^{er} mai 2013 (3/4 de rente) et à la constatation

qu'il possède un droit à une rente d'invalidité entière dès cette date, étant précisé que la décision n'est pas contestée en ce qu'elle a trait à l'octroi d'une rente entière du 1^{er} mai 2008 à fin avril 2013 et, subsidiairement, à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause auprès de l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants et uniquement s'agissant de l'objet du litige. Il fait en substance valoir que, contrairement à ce qu'a retenu l'intimé, il n'est pas en mesure de travailler à 50% dans une activité adaptée en raison notamment de fortes difficultés de concentration et d'apprentissage des suites de son accident, comme l'a attesté à plusieurs reprises la Dre K._____. Il fait également valoir qu'il s'est montré extrêmement collaborant et proactif tout au long des mesures d'instruction, ayant trouvé un stage pratique auprès de l'entreprise Q._____. Il relève par ailleurs que les troubles dont il souffre ont été l'une des raisons pour lesquelles il n'a pas pu achever sa formation d'aide comptable et ne voit ainsi donc pas comment il pourrait travailler en cette qualité et obtenir un salaire en relation avec cette formation alors qu'il ne l'a pas achevée. En outre, l'intimé n'aurait pas tenu compte des divers rapports médicaux attestant d'un avis contraire selon lequel il pourrait travailler à 50%. Enfin, l'intimé n'aurait pas instruit le dossier du recourant de manière complète, dans la mesure où il n'a pas requis l'avis du psychiatre-traitant. La cause a été enregistrée sous le numéro de référence AI 102/16.

Aux termes d'une décision du 1^{er} juin 2016, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 29 avril 2016, sous forme d'exonération des avances et des frais judiciaires et d'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Flore Primault, le recourant étant en outre astreint à payer une franchise mensuelle de 50 francs dès et y compris le 1^{er} août 2016.

Par réponse du 23 juin 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il estime que l'avis des médecins de la CNA selon lequel le recourant dispose d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles doit être privilégié par rapport à celui de la médecin traitante qui

considère que la capacité de travail du recourant est nulle. Il relève que les médecins de la CNA n'ont pas constaté d'aggravation objective de l'état de santé du recourant entre les deux examens (17 avril 2012 et 18 mai 2015) auxquels ils ont procédé.

Par réplique du 24 octobre 2016, le recourant soutient qu'il n'est pas en mesure de travailler à 50% dans une activité adaptée, relevant les grandes difficultés à effectuer des tâches nécessitant de l'attention et de la concentration telles que celles requises pour le métier d'aide-comptable. Il relève à cet égard que son état de santé ne lui a pas permis de terminer la formation dans ce domaine. Il reproche également à l'intimé d'écarter sans autres explications ses affirmations ainsi que celles de la Dre K. _____ quant à une aggravation de son état de santé et considère que l'intimé n'a pas instruit de manière suffisante sur ce point.

Par duplique du 14 novembre 2016, l'intimé maintient sa position et déclare ne pas avoir de commentaires particuliers à apporter, tout en renvoyant à sa précédente écriture.

Par décision du 24 mai 2017, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai au 31 juillet 2008 puis un trois-quarts de rente du 1^{er} mai 2013 au 31 mars 2016.

C. Par acte du 16 juin 2017, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour de céans, en prenant les mêmes conclusions que dans son recours du 29 avril 2016 et en se référant expressément à cette écriture ainsi qu'à la réplique du 24 octobre 2016. La cause a été enregistrée sous le numéro de référence AI 194/17.

Par réponse du 31 juillet 2017, l'intimé a renvoyé à sa réponse du 23 juin 2016 dans la cause AI 102/16, préavisant le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Par réplique du 22 août 2017, le recourant a renoncé à se déterminer davantage et a produit un certificat médical établi par le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre-traitant du recourant depuis novembre 2015, dans lequel ce médecin mentionne une décompensation psychiatrique de son patient aux séquelles algiques et motrices de l'accident survenu en 2007, entraînant un vécu anxio-dépressif sévère avec réaménagement de sa personnalité malgré un traitement bien observé comprenant des antidépresseurs. Il conclut à une incapacité de travail totale dans toute activité compte tenu des limitations fonctionnelles intriquées entre l'appareil locomoteur et le psychiatrique (fatigabilité, labilité émotionnelle et impulsivité).

Par duplique du 12 septembre 2017, l'intimé a maintenu sa position, en considérant que le document médical fourni par le recourant ainsi que le dossier de la CNA n'apportait pas d'arguments nouveaux.

D. Par courrier du 8 novembre 2018, la juge instructrice a informé les parties de la jonction des causes AI 102/16 et AI 194/17.

Par écriture du 18 février 2019, le recourant a produit un rapport d'expertise pluridisciplinaire du 18 janvier 2019 de l'Hôpital N._____, établi dans le cadre de l'instruction menée auprès de la juridiction civile et ordonnée par cette juridiction dans la cause dirigée contre l'assureur en responsabilité civile (RC). Les experts ont conclu que les troubles neurologiques et les douleurs neuropathiques de l'intéressé, associés à une pathologie dégénérative, justifiaient une incapacité de travail à 50% au maximum. Sur le plan psychiatrique, une incapacité de travail à 100% dans tout domaine d'activité en raison d'un diagnostic de stress post-traumatique persistant était retenue.

Par déterminations du 18 mars 2019, l'intimé a maintenu sa position, en se référant à un avis SMR du 11 mars 2019. D'après cet avis, les examens somatiques et neuropsychologiques n'apportaient pas d'éléments vraiment nouveaux, confirmant l'aptitude au travail retenue dans la décision litigieuse. En revanche, l'appréciation différait sur le plan

psychiatrique. Le SMR relevait à cet égard que le spécialiste était assez peu précis dans l'expression des limitations psychiques qui seraient responsables de l'incapacité de travail totale, alors même qu'il n'y avait pas de divergence diagnostique avec les experts précédents. Il constatait que la situation psychiatrique exposée ainsi que les diagnostics posés étaient superposables à ceux décrits lors de l'instruction auprès de l'intimé et qu'il ne s'agissait par conséquent que d'une appréciation différente d'une même situation clinique.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le recourant conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité d'un taux supérieur à compter du 1^{er} mai 2013.

3. a) 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). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette

diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c).

c) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

d) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées).

Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées) et suppose en premier lieu que celles-ci soient diagnostiquées par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 précité, consid. 2.1.2 et 2.2).

4. Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). En matière d'assurance-invalidité, il revient au premier chef à l'office AI de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles il se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (art. 57 al. 1 let. f LAI et art. 69 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

5. **a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une

appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par 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 ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de

prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. a) En l'espèce, l'intimé a, par décisions des 24 mai 2016 et 24 mai 2017, octroyé un trois-quarts de rente d'invalidité au recourant à compter du 1^{er} mai 2013, estimant que celui-ci disposait d'une capacité de travail de 50% comme aide-comptable ce qui, après la comparaison des revenus sans et avec invalidité, aboutissait à un degré d'invalidité de 60%. Cette décision se fonde en particulier sur le rapport d'examen du 10 juin 2015 des Drs B._____ et G._____, médecins auprès de la CNA, lequel se réfère au rapport d'examen du Dr B._____ du 17 avril 2012 ainsi qu'au rapport d'examen psychiatrique du Dr G._____ du 10 juillet 2013. Le recourant soutient, pour sa part, en se fondant sur l'avis de sa médecin traitante, la Dre K._____, de même que sur l'avis du Dr C._____, psychiatre-traitant, ainsi que sur l'expertise réalisée au sein de l'Hôpital N._____ dans le cadre du procès civil dirigé contre l'assureur RC, que sa capacité de travail est nulle dans toute activité.

b/aa) Sur le plan somatique, la Dre K._____ invoque une aggravation de l'état de santé de son patient depuis le mois d'octobre 2013, en ce sens qu'il ressent comme des décharges électriques et d'intenses brûlures du membre inférieur droit l'ayant contraint à prendre des doses de Lyrica plus fortes avec augmentation des effets secondaires sur l'état de vigilance et sur la concentration (cf. rapport du 5 novembre 2014).

Les médecins de la CNA relèvent, pour leur part, à l'examen clinique de l'intéressé que sa démarche semble plus assurée et en station debout la charge mieux répartie. L'appui monopodal droit reste impossible et l'accroupissement difficile. Ils constatent une raideur de la charnière dorso-lombaire mais la mobilité du rachis est globalement conservée et il n'y a pas de syndrome lombo-vertébral manifeste. La manœuvre de Lasègue est négative et les réflexes ostéo-tendineux ne sont pas obtenus.

Le tonus et la force musculaire sont conservés à tous les niveaux. Ils relèvent encore que le patient décrit une anesthésie de toute la jambe droite au-dessous du genou et qu'il présente manifestement toujours une perte du sens postural de la cheville droite et du pied droit. Ils concluent en définitive que la situation paraît largement superposable à celle observée lors de l'examen commun du 17 avril 2012 et estiment qu'il n'y a pas d'aggravation notable de l'état de santé du patient sur le plan somatique, dès lors qu'aucun fait médical nouveau n'est apparu après l'examen précédent de 2012. Ils font encore remarquer que, de leur avis, des facteurs contextuels, plus que des douleurs ou d'hypothétiques effets secondaires de la médication, sont responsables de l'incapacité de l'assuré à mettre en œuvre sa capacité de travail résiduelle. Ils confirment ainsi leurs précédentes conclusions en termes d'exigibilité et de limitations fonctionnelles (cf. rapport du 10 juin 2015).

L'avis des médecins de la CNA est convaincant. En effet, il repose sur des considérations sérieuses et confirme, contrairement à ce que soutient le recourant, les observations constatées lors des mesures de réinsertion professionnelles organisées par l'OAI. En effet, après être parvenu au terme d'une formation d'aide-comptable, certes sans obtenir le diplôme final, le recourant a pu mettre à profit les compétences acquises durant cette formation dans le cadre d'un stage pratique d'aide-comptable auprès de l'entreprise Q._____, lequel a duré neuf mois. Il a été en mesure de mettre en valeur une capacité de travail de 50% puisqu'il se rendait tous les matins dans l'entreprise précitée. Il a pu assumer avec succès différentes tâches, telles que le contrôle et l'imputation des caisses débiteurs, le rapprochement de factures et des bulletins de livraisons, la saisie de factures d'achat, ainsi que le traitement et l'imputation des frais de représentation. A la suite de ce stage, le recourant a encore bénéficié de cours de mise à jour bureautique avant d'effectuer un second stage, cette fois-ci sous l'égide du chômage, afin de parfaire ses connaissances pratiques du métier d'aide-comptable. Le recourant s'est montré motivé tout au long des stages et a pu les mener à bien en occupant un poste à 50%. A cet égard, les quelques incapacités de travail temporaires attestées tantôt par la Dre K._____, tantôt par le Dr

R._____ (cf. certificats médicaux du 15 octobre 2013, 17 mars 2014 et 18 août 2014) ne constituent pas un fait nouveau puisque le recourant évoquait déjà des blocages qui pouvaient durer plusieurs heures, voire plusieurs jours, avant-même qu'il ne débute les mesures de réorientation professionnelle de l'Al (cf. notamment rapport de la Dre K._____ du 1^{er} décembre 2010 et rapport des Drs B._____ et G._____ du 17 avril 2012).

Force est également de constater que le rapport du 10 juin 2015 des Drs B._____ et G._____, qui tient compte des plaintes de l'assuré, pose des diagnostics clairs, contient une appréciation étayée et des conclusions motivées respecte en tous points les critères posés par la jurisprudence pour lui accorder une pleine valeur probante (cf. consid. 4b *supra*).

Enfin, le rapport d'expertise réalisé au sein de l'Hôpital N._____, produit par le recourant dans le cadre de la procédure de recours, ne fait que confirmer les conclusions des Drs B._____ et G._____ sur le plan somatique puisque les experts concluent que les troubles neurologiques et les douleurs neuropathiques associés à la pathologie dégénérative justifient une incapacité de travail à 50% au maximum. A cet égard, la Dre X._____ de la CNA conclut, dans son rapport du 26 avril 2019, que le recourant présente une stabilisation neurologique, une autonomie complète dans les activités de la vie quotidienne, l'absence de trouble moteur, mais une persistance de troubles sensitifs au membre inférieur droit, ce qui justifie de retenir une capacité de travail résiduelle de 50% sur le plan somatique.

b/bb) Sur le plan psychiatrique, les Drs B._____ et G._____ mentionnent que le patient se plaint de la persistance de troubles du sommeil avec insomnie d'endormissement et de maintien, ronflements et sentiment de fatigue au réveil, de fatigue diurne. En revanche, l'appétit est préservé, les relations sexuelles sont toujours présentes (avec prise d'un inhibiteur de la phosphodiesterase) et le moral est préservé. Les médecins précités relèvent encore l'absence d'idées suicidaires, de tristesse, de ralentissement psychomoteur ou idéique. Ils notent que le

patient est toujours angoissé et qu'il se plaint de troubles de l'attention et de la concentration, ayant de la peine par exemple à suivre un film à la télévision. Les Drs B._____ et G._____ considèrent que sur le plan psychiatrique, la situation est également superposable à celle observée lors des examens des 17 avril 2012 et 10 juillet 2013 (cf. rapport du 10 juin 2015). Dans un premier temps, le Dr G._____ avait posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique en raison de l'irritabilité, de la fatigabilité, des troubles du sommeil, de l'attention et de la concentration dont se plaignait le patient et de son angoisse constante perceptible (cf. rapport du 17 avril 2012). Lorsque le Dr G._____ a revu le patient, il a modifié son diagnostic pour conclure à une modification durable de la personnalité en expliquant les raisons pour lesquelles il ne concluait plus à un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. En particulier, en raison de la persistance de manifestations (angoisse, irritabilité, troubles de l'attention et de la concentration) qui apportaient une modification durable de la personnalité de l'assuré. Le Dr G._____ a également expliqué les raisons pour lesquelles il ne retenait pas d'autres diagnostics psychiatriques (notamment un trouble somatoforme douloureux, ou un trouble de la conversion) et ainsi considéré qu'il n'y avait pas lieu de modifier l'estimation de la capacité de travail du recourant sur le plan psychiatrique, soit 50% pour tenir compte de certaines difficultés que le recourant a rencontrées lors des stages effectués par l'intermédiaire de l'AI.

Le rapport d'expertise médicale réalisée à l'Hôpital N._____, sur lequel s'appuie le recourant pour considérer que sa capacité de travail est nulle, ne saurait remettre en cause l'appréciation des médecins de la CNA. En effet, tout d'abord, le diagnostic posé par le Dr L._____ d'état de stress post-traumatique persistant dans les suites d'un accident grave de la circulation avec séquelles somatiques (F 43.1) n'apparaît pas convaincant. En effet, ce diagnostic est posé pour la première fois par ce médecin onze ans après l'accident survenu en 2007, ce qui le rend peu crédible, tout en sachant que le recourant a subi plusieurs examens psychiatriques depuis son accident et qu'il a bénéficié d'un suivi

psychothérapeutique régulier depuis 2008. Si certains médecins consultés ont évoqué des signes de stress post-traumatique, ils n'ont jamais posé ce diagnostic en tant que tel (cf. en particulier le rapport du 25 juin 2008 du Dr Z. _____ et le rapport du 10 juillet 2013 du Dr G. _____), considérant que le degré de gravité n'était pas suffisant afin de poser un tel diagnostic mais tenant tout de même compte de ces symptômes post-traumatiques dans le cadre du trouble comorbide respectif. Le diagnostic posé par le Dr L. _____ n'est que peu motivé, celui-ci se contentant d'indiquer que « M. J. _____ présente une anamnèse compatible avec un état de stress post-traumatique « typique » dans les suites de l'accident grave de la circulation survenu en date du 8 mai 2007 » et que cet état de stress « comprend tous les symptômes décrits dans l'anamnèse en qualité de symptômes typiques ». Il n'explique cependant pas pour quelles raisons il exclut d'autres diagnostics psychiatriques tels qu'une modification durable de la personnalité. Faute d'un diagnostic posé dans les règles de l'art, il y a lieu de constater que le rapport du Dr L. _____ ne remplit pas les critères posés par la jurisprudence en matière de troubles psychiques

Il y a lieu également de relever que l'appréciation du Dr G. _____ concorde avec celles des Drs Z. _____ et D. _____ qui ont tous deux conclu à une symptomatologie anxio-dépressive. Il en va de même du Dr C. _____, psychiatre-traitant, qui évoque un vécu anxio-dépressif. L'appréciation du Dr L. _____ ne trouve en revanche aucune assise.

En outre, le rapport d'expertise du Dr L. _____ souffre de quelques lacunes relevées par la Dre V. _____ dans son avis du 30 avril 2019. En effet, il n'est pas fait état, dans le rapport d'expertise du Dr L. _____, de l'examen réalisé par le Dr G. _____ le 18 mai 2015. Or quoiqu'en dise le recourant, un expert doit prendre en compte tous les rapports utiles à son appréciation. A cet égard, le rapport du 10 juin 2015 faisant suite à la consultation du 18 mai 2015 revêt une importance considérable dans l'appréciation du cas au niveau psychiatrique. Ainsi, en omettant d'en tenir compte dans son rapport et en n'expliquant pas pour

quelles raisons il s'en distanciat, le Dr L._____ a fait preuve de négligence.

Le Dr L._____ mentionne que le diagnostic principal posé (PTSD) exerce un effet limitatif majeur sur le fonctionnement global de l'expertisé, que ce soit dans les relations interpersonnelles en raison d'un seuil de tolérance abaissé, la mobilité en raison de résidus post-traumatiques persistants, la qualité de vie relationnelle dans le couple et bien évidemment aussi et surtout la capacité d'adaptation dans un environnement professionnel, en précisant que la limitation s'appliquait à toute activité professionnelle comme en témoignaient les tentatives de réinsertion. Or la réorientation professionnelle du recourant effectuée sous l'égide de l'AI a, au contraire, démontré que celui-ci pouvait assumer une activité d'aide-comptable à un taux de 50%. En outre les médecins de la CNA ont constaté que le recourant présentait une autonomie complète dans les activités de la vie quotidienne et que le patient n'évoquait plus de problèmes relationnels avec son épouse et sa fille (cf. rapport du 10 juin 2015). Là encore, l'appréciation du Dr L._____ diverge de celle des médecins de la CNA sans pour autant être motivée.

Les médecins de la CNA ont mentionné que des facteurs contextuels, plus que les douleurs ou les hypothétiques effets secondaires de la médication, étaient responsables de l'incapacité du recourant à mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail. Or cette appréciation peut se vérifier à la lecture du dossier. En effet, on peut constater que lors des mesures de réorientation professionnelle mises sur pied par l'OAI, l'état psychique du recourant s'était amélioré (cf. rapports du DrZ._____ des 26 juillet 2010 et 26 août 2011), alors que sur le plan somatique, les douleurs étaient toujours bien présentes (cf. rapport des Drs B._____ et G._____ du 17 avril 2012). Ainsi, il apparaît que l'état de santé psychique du recourant peut varier en fonction de facteurs extérieurs aux séquelles de l'accident. Or, le DrL._____ n'aborde pas du tout cette question.

Il y a, en définitive, lieu de constater que l'expert L. _____ procède à une appréciation différente d'un même état de fait et que son rapport, qui est incomplet, n'est pas susceptible de remettre en cause les conclusions bien étayées du Dr G. _____ qui reposent sur une connaissance approfondie du dossier, sur un examen clinique et qui tient compte de l'anamnèse et des plaintes du patient.

On relèvera encore que l'argument invoqué par le recourant selon lequel la Dre V. _____ ne l'a jamais rencontré contrairement au Dr L. _____ ne lui est d'aucune utilité. En effet, il ne s'agit pas de comparer les appréciations de ces deux médecins mais uniquement pour la Dre V. _____ de répondre à la question de savoir si le rapport d'expertise du Dr L. _____ est susceptible de faire douter des conclusions des Drs B. _____ et G. _____, ce à quoi la Dre V. _____ répond par la négative après un examen fouillé des différents rapports en cause.

L'écart temporel entre les appréciations des médecins de la CNA et la situation médicale actuelle du recourant ne suffit pas à lui seul à remettre en cause l'avis des Drs B. _____ et G. _____.

Enfin, l'avis du Dr C. _____ qui rejoint celui du Dr G. _____ quant à la symptomatologie dépressive, ne permet pas davantage de remettre en cause l'avis de celui-ci. En effet, le Dr C. _____ conclut à une incapacité totale de travail dans toute activité sans pour autant apporter d'éléments nouveaux sur le plan médical et sans motiver pour quelles raisons il s'écarte de l'avis du Dr G. _____, lequel avait déjà tenu compte, à titre de limitations fonctionnelles, des difficultés liées à une certaine irritabilité, à des troubles de l'attention et de la concentration pour évaluer la capacité de travail du recourant.

c) En définitive, force est d'admettre qu'il n'existe aucun motif de révision et que l'OAI était ainsi fondé à retenir que le recourant présentait une capacité de travail de 50% dans l'activité d'aide-comptable.

7. Le calcul relatif au degré d'invalidité n'étant pas contesté par le recourant, il n'y a pas lieu d'y revenir plus avant.

8. Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

En l'espèce, il n'y a pas lieu de donner suite aux réquisitions du recourant (mise en œuvre d'une nouvelle expertise), la situation médicale étant claire et permettant à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause.

9. a) En définitive, les recours, mal fondés, doivent être rejetés et les décisions attaquées confirmées.

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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient de les arrêter à 400 fr. et de les mettre à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Toutefois, dès lors que celui-ci a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], par renvoi de l'art. 18 al. 5 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).

Le recourant ayant été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, son conseil d'office a droit à une rémunération équitable (art. 122 CPC). Celui-ci a produit une liste d'opérations en date du 4 mars 2020. L'assistance judiciaire ayant été octroyée à partir du 29 avril 2016, il y a lieu de retrancher toutes les opérations qui ont eu lieu avant cette date, soit du 23 janvier 2015 au 21 août 2015, ce qui correspondant à un total de 2 heures et 25 minutes. Les autres opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Flore Primault est arrêtée à 2'914 fr. (2'373 fr. [2'100 fr. + 168 fr. + 105 fr.] + 270 fr. 50 [240 fr. + 18 fr. 50 + 12 fr.] ; débours et TVA compris).

Le recourant est encore rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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

- I. Les recours sont rejetés.
- II. Les décisions rendues les 24 mars 2016 et 24 mai 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

V. L'indemnité d'office de Me Flore Primault est arrêtée à 2'914 fr. (deux mille neuf cent quatorze francs), débours et TVA compris.

VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité d'office mis provisoirement à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Flore Primault (pour J. _____),
- 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 :