

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 mai 2018

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Férolles et M. Küng, assesseurs
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

L._____, à [...], recourant, représenté par Me Philippe Nordmann, avocat
à Lausanne,

et

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

E n f a i t :

A. a) L. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant de [...] né en 1962, marié et père de deux enfants, au bénéfice d'un permis C et résidant sans interruption en Suisse depuis 1989, a travaillé comme manœuvre jusqu'en 1996.

Le 17 mars 1997, il a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir d'une hernie discale L4-L5 gauche invalidante, depuis janvier 1996.

Par décision du 23 septembre 1998, confirmée par jugement du 24 février 2000 du Tribunal des assurances du canton de Vaud, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, motif pris que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée.

b) Par la suite et à tout le moins à partir de 2007, l'assuré a travaillé en tant que maçon non qualifié.

Le 12 septembre 2012, l'assuré a fait une chute d'environ trois mètres au travail et subi une fracture multi fragmentaire intra articulaire du radius distal droite associée à une fracture du processus styloïde de l'ulna droite. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge cet accident professionnel et a régulièrement transmis copie du dossier de l'assurance-accidents à l'OAI.

Le 1^{er} juillet 2013, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, indiquant souffrir, suite à l'accident précité, d'une fracture complexe du poignet droite, de douleurs à l'épaule droite, d'algodystrophie et de troubles anxieux et dépressifs.

Dans un rapport du 12 juillet 2013 adressé à l'OAI, le Dr S. _____ du Service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la

Clinique W._____, a posé le diagnostic incapacitant d'algodystrophie de la main droite depuis septembre 2012 et les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de troubles anxieux de type attaque de panique, HTA [hypertension artérielle] traitée, hypercholestérolémie traitée, obésité, hypothyroïdie substituée, gastrite anamnestique et lombalgies chroniques (notion de hernie discale L3-L4 anamnestique). Il a indiqué que l'assuré avait séjourné à la Clinique W._____ du 22 janvier au 20 février 2013, puis en consultation le 16 avril 2013 lors de laquelle une lente amélioration avait été constatée. Le Dr S._____ a attesté d'une incapacité totale de travail à compter de l'accident, précisant que la reprise de son activité professionnelle de maçon n'était actuellement pas envisageable, la main droite ne pouvant être utilisée que comme main d'appoint et soulignant que la situation n'était pas stabilisée.

Le 16 juillet 2013, le Dr K._____, médecin traitant de l'assuré, a indiqué à l'OAI que l'intéressé présentait les atteintes suivantes : handicap algique et fonctionnel poignet et main droits suite à fracture complexe depuis l'accident et état anxio-dépressif dès 2011 et qu'il était de ce fait totalement incapable de travailler.

Dans un rapport du 12 septembre 2013, le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif moyen (F 32.1), de trouble anxieux phobique, sans précision (F 40.9), de trouble panique (F41.0), d'algodystrophie du membre supérieur droit et de lombalgie chronique avec notion de hernie discale L3-L4 depuis 2012. Au nombre des diagnostics sans effet sur la capacité de travail, le Dr P._____ a cité une hypothyroïdie substituée, une apnée du sommeil, une hypertension artérielle traitée et une hypercholestérolémie. Ce médecin a en outre indiqué qu'une évaluation du 4 septembre 2013 par le Dr P._____, spécialiste en chirurgie et médecin conseil de la CNA, confirmait la présence des signes d'algodystrophie. Il a mentionné que l'idée d'une réadmission pour soins à la Clinique W._____ avait généré de fortes angoisses, type panique, chez l'assuré, ce qui ne pouvait que retarder les soins jusqu'à la stabilisation suffisante de son état psychique. Il a

également mentionné que lors du premier entretien de février 2013, la symptomatologie anxieuse était au premier plan, le patient décrivant des vécus douloureux d'attaque de panique avec symptomatologie physique (palpitations, sensations d'étouffement et d'étourdissement, sentiment de mort imminente) et restreignant ses sorties. Le Dr C._____ a relevé qu'en mai 2013, l'assuré avait connu une nette amélioration sur le plan anxieux, mais qu'il décrivait une symptomatologie dépressive, présentant une baisse de l'intérêt et du plaisir, une fatigabilité accrue et des idées de culpabilisation et de dévalorisation, ainsi qu'une perte d'estime et de confiance en soi, un sentiment d'inutilité et de pessimisme en son avenir. Le Dr C._____ a fait état d'un pronostic réservé, l'éventualité de la chronicisation des troubles anxieux et dépressifs de l'assuré, ainsi que ses pathologies physiques étant autant d'éléments d'handicap à la reprise d'une activité lucrative. Il a finalement considéré que l'activité habituelle n'était plus exigible et qu'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail.

Le 5 novembre 2013, l'assuré a passé un examen psychiatrique mené par le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre conseil de la CNA. Il ressort du rapport y relatif, réceptionné par l'OAI le 10 février 2014, que du point de vue psychiatrique, l'assuré présentait une démonstrativité majeure avec un discours logorrhéique, mais pas de troubles psychiques majeurs si ce n'était un trouble panique au décours avec une attaque de panique par semaine en moyenne maîtrisée en moins d'un quart d'heure. L'examen mettait également en évidence un trouble de la personnalité de type personnalité histrionique avec démonstrativité massive, un besoin d'amplifier tous les problèmes que l'assuré avait rencontrés depuis son accident. Selon le Dr X._____, les attaques de panique étaient en relation de causalité naturelle partielle avec l'accident du 12 septembre 2012 et les troubles psychiques dont souffrait l'assuré n'avaient quasiment aucune incidence sur sa capacité de travail.

On extrait ce qui suit du rapport d'examen médical final du 12 mai 2014 émanant du Dr P. _____ et réceptionné le 19 mai 2014 par l'OAI :

« 5. Appréciation

Nous nous trouvons à 20 mois d'un chute d'un échafaudage avec fracture multifragmentaire intra-articulaire du radius distal D associée à une fracture du processus styloïde du cubitus D, traitées par réduction ouverte et ostéosynthèse du radius du distal D avec une place LCP et embrochage de la styloïde radiale.

Dans les suites, consolidation des fractures mais développement d'une algoneurodystrophie de la main D.

Actuellement, la situation semble malheureusement stabilisée, sans qu'aucune proposition thérapeutique ne laisse espérer un changement notable de la situation.

Subjectivement, pour M. L. _____, la situation ne va pas du tout. Au niveau de la main et du poignet D, il déclare ne rien pouvoir faire avec de constantes douleurs mais situation stabilisée. Le patient déclare, par contre, une aggravation de la symptomatologie douloureuse au niveau de son épaule D qui est douloureuse à la moindre sollicitation avec limitation des amplitudes articulaires. Le patient se plaint en outre de douleurs dans la région de la face postéro-externe de la fesse D qui semble augmenter, et obligeant le patient à changer régulièrement de position assis/debout et le gênant lorsqu'il doit se baisser.

Objectivement à l'examen clinique, patient très nerveux et semblant très algique, n'utilisant sa main D pratiquement que comme appui lors de l'habillage et du déshabillage. Marche sur la pointe des pieds et sur les talons semblant entraîner d'intenses douleurs paravertébrales D avec équilibre très instable et crampes au niveau de la face antérieure de la cuisse D, genuflexion limitée à 110°. Légères douleurs à la palpation des apophyses épineuses et de la musculature paravertébrale lombaire basse, sans contracture. Flexion globale antérieure avec DDS de plus de 70 cm. Limitation de l'abduction de l'épaule D à 110° avec antépulsion de cette épaule à 180° et rotations interne et externe de cette épaule pratiquement symétriques, arc douloureux de 160 à 0°, mais force de cette épaule D symétrique. Au niveau du poignet D, légère limitation des amplitudes articulaires mais douleurs à la moindre mobilisation de ce poignet. Paume de la main et face palmaire des doigts de la main D marbrées mais de température normale. Flexion des doigts de la main D limitée avec DPP allant de 6 cm pour le 2^{ème} doigt à 3 cm le 5^{ème} doigt. Le patient déclare ressentir des fourmillements constants au niveau du pouce de cette main D. Très importante diminution de la force de la main D. Diamètre des bras et des avant bras symétrique. Hanche D inexaminable, avec diamètre des membres inférieurs symétrique mais probable légère diminution du tannage de la plante du pied D.

Du point de vue asséurologique, la symptomatologie que décrit le patient au niveau de sa fesse D, probablement en relation avec les

antécédents de lombalgies voire de hernie discale du patient, ne concerne plus l'assurance-accident. En effet, si la chute a pu décompenser de façon transitoire une pathologie préexistante, cette chute n'a de toute évidence entraîné aucune lésion structurelle avec un statu quo sine au plus tard 1 année après l'accident. A noter que lors du séjour à la Clinique W. _____ du 22.01 au 20.02.2013, comme diagnostic, seules des lombalgies chroniques avec notion de hernie discale L3-L4 anamnesticque avaient été posés. A noter également que lors de ce séjour, le patient ne présentait pas de symptomatologie douloureuse avec une mobilité complète et symétrique au niveau des épaules. Ce n'est que lors de la consultation du 16.4.2013 avec le Dr S. _____ que le patient à commencer à se plaindre de douleurs au niveau de l'épaule D. Actuellement, les douleurs et la limitation à l'abduction présentées par l[e] patient au niveau de son épaule D sont difficilement compréhensibles et probablement sans rapport de causalité avec l'accident qui nous concerne.

En ce qui concerne le poignet D, légère limitation des amplitudes articulaires, douleurs à la moindre sollicitation de ce poignet, paume de la main D et face palmaire des doigts de la main D marbrées mais de température normale, limitation de la flexion des doigts avec DPP allant de 6 cm au niveau du 2^{ème} doigt jusqu'à 3 cm au niveau du 5^{ème} doigt, fourmillements constants au niveau du pouce de cette main D. Très importante diminution de la force au niveau de la main D sans atrophie du MSD.

Radiologiquement, déminéralisation diffuse et arthrose radio-carpienne débutante.

Du point de vue professionnel, les limitations fonctionnelles en lien avec la fracture du poignet D du patient du 12.09.2012 sont : activité mono-manuelle (gauche) avec utilisation de la main D comme appui n'excédant pas une force de plus de 2 kg [...] ».

Dans un rapport du 4 juillet 2014, le Dr V. _____ du Service Médical Régional de l'AI (ci-après : SMR), se fondant sur les conclusions du Dr P. _____, a retenu comme atteinte principale à la santé de l'assuré des séquelles douloureuses d'une fracture multifragmentaire de l'extrémité distale du radius avec atteinte intra articulaire et algodystrophie du membre supérieur droit traitée. Il a indiqué que la capacité de travail de l'intéressé était nulle dans l'activité habituelle mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit dans une activité mono-manuelle (gauche) avec utilisation de la main droite comme appui n'excédant pas une force de 2 kg, activité semi-sédentaire permettant l'alternance des positions au gré de l'assuré. Se basant en outre sur les conclusions du Dr X. _____ du 5 novembre 2013, le SMR a

retenu qu'il n'existait pas d'empêchements durables de la sphère psychique à l'insertion de l'assuré dans l'économie.

Dans un avis du 10 octobre 2014, le SMR a fixé la date d'aptitude à la réadaptation de l'assuré au 12 mai 2014, date de l'examen clinique effectué par le Dr P._____.

Dans un rapport du 15 juillet 2014, les Drs F._____ et D._____, du Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil du Centre hospitalier B._____ ont notamment retenu les diagnostics d'insomnie primaire chronique avec troubles d'endormissement et décalage de phase avec épisodes de paralysie du sommeil REM, de syndrome d'apnées-hypopnées obstructif du sommeil de degré probablement sévère avec échec de traitement en 2013, précisant qu'ils n'avaient pas prévu de revoir l'assuré.

Par projet du 14 octobre 2014, l'OAI a signifié à l'assuré son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité pour une durée limitée du 1^{er} janvier au 31 août 2014 selon la motivation suivante :

« Résultat de nos constatations :

Vous exercez l'activité de maçon à 100%.

Pour des raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail, sans interruption notable depuis le 12 septembre 2012. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévue à l'article 28 LAI.

A l'échéance du délai en question, soit le 12 septembre 2013 et après consultation de votre dossier par le Service Médical Régional, nous constatons que votre incapacité de travail est totale dans toute activité. Votre degré d'invalidité est à ce moment-là de 100%.

Dans votre situation, le droit à la rente ne peut prendre naissance qu'à partir du 1^{er} janvier 2014, soit à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle vous avez fait valoir votre droit aux prestations, conformément à l'article 29, alinéa 1, LAI.

Suite à l'amélioration de votre état de santé, une capacité de 100% peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée à votre état de santé et respectant vos limitations fonctionnelles (*activité mono-manuelle (gauche) avec utilisation de la main D comme appui n'excédant pas une force de 2kg, activité semi-*

sédentaire permettant l'alternance des positions au gré de l'assuré) depuis le 12 mai 2014.

Il appartient à tout assuré de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité, en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail, même au prix d'un effort considérable. Ce n'est pas l'activité que l'assuré consent à accomplir qui est décisive, mais celle que l'on peut raisonnablement exiger de lui dans une situation médicale donnée. Si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé en égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas.

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

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010, CHF 4'901.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA1 ; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2014 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'109.29 (CHF 4'901.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 61'311.51.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2011 (+ 1% ; La Vie économique, tableau B 10.2), puis de 2011 à 2012 (0.8%) et enfin de 2012 à 2014 (0.70%) on obtient un revenu annuel de CHF 62'856.96 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

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

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 56'571.27.

Pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu que vous auriez pu réaliser en bonne santé, soit CHF 64'786.86 en 2013 avec celui auquel vous pouvez prétendre dans une activité adaptée, soit CHF 56'571.27 par année.

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	64'786.86			
avec invalidité	CHF	56'571.27			
La perte de gain s'élève à	CHF	8'215.59	=	un	degré

d'invalidité de 12.68%.

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne plus droit à une rente d'invalidité. Par conséquent, conformément à l'article 88a RAI précité, le droit à la rente doit être supprimé trois mois après l'amélioration du 12 mai 2014.

Des mesures professionnelles n'ont pas lieu d'être dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière est à votre portée, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste.

Selon la jurisprudence, par reclassement, on entend la somme des mesures de réadaptation professionnelles qui sont nécessaires et de nature à procurer à la personne assurée, qui avait déjà exercé une activité lucrative avant la survenance de l'invalidité, une possibilité de gain à peu près équivalente à celle qui était la sienne auparavant. Le droit au reclassement présuppose que la perte de gain durable due à l'invalidité soit de 20% environ, ce qui n'est pas votre cas. Dès lors, le droit à des mesures professionnelles n'est pas ouvert.

Notre décision est par conséquent la suivante :

Du 1^{er} janvier 2014 au 31 août 2014 (trois mois après avoir recouvré une capacité de 100%), le droit à une rente entière, basé sur un degré d'invalidité de 100%, vous est reconnu ».

L'assuré a formé opposition au projet de décision précité le 14 novembre 2014, soutenant être toujours en incapacité de travail totale. A l'appui de son opposition, l'intéressé a notamment produit les documents suivants :

- un courrier du 25 mars 2014 du Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au Centre hospitalier B._____, constatant la présence d'un syndrome algoneurodystrophique en phase peu inflammatoire mais présentant globalement un enraidissement important du poignet et des doigts longs malgré une physiothérapie et ergothérapies bien conduites et précisant qu'il se trouvait dans une impasse thérapeutique ;

- un courrier du 16 juillet 2014 du Dr [...], spécialiste en médecine interne générale auprès du Centre des maladies osseuses du Centre hospitalier B._____, indiquant que malgré toutes les prises en charge, l'assuré continuait de présenter une algoneurodystrophie peu inflammatoire mais se manifestant par une très importante raideur du poignet et des doigts de la main droite et précisant qu'il reverrait l'intéressé dans deux à trois mois ; et

- un courrier du 13 novembre 2014 du Dr C._____ au conseil de l'assuré indiquant que celui-ci était suivi au centre d'intervention de crise et de thérapie brève depuis le 25 février 2013, qu'il s'isolait de plus en plus, présentait une perte de l'élan vital, une perte de plaisir, que son sommeil étaient très perturbé, qu'il souffrait également d'une apnée du sommeil, présentait un état de fatigue permanent, un sentiment de désarroi et de dévalorisation. Le Dr C._____ a en outre ajouté que l'intéressé se trouvait dans un contexte médico-psycho-social complexe et difficile, dans une dynamique de « non-reconnaissance de sa souffrance », ce qui présagerait un mauvais pronostic pouvant mener à un raptus anxieux.

Par courrier du 4 décembre 2014, le Dr K._____ a répondu aux questions de l'OAI. A celle de savoir quelle était l'évolution clinique de l'assuré depuis le printemps 2014, le Dr K._____ a indiqué qu'elle restait complètement stagnante avec le patient qui ne cessait de démontrer un handicap total avec sa main et avant-bras droit sur syndrome algoneurodystrophique persistant. A la question de savoir quelle était son appréciation de la capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée, le Dr K._____ a fait savoir qu'en l'état actuel, l'assuré demeurait en complète incapacité de travail secondaire à la pathologie de la main droite et de troubles somatoformes lombo-douloureux surajoutés.

Le 11 décembre 2014, le Dr C._____ a indiqué que la capacité de travail étant actuellement nulle dans toute activité et répondu

comme suit aux questions de l'OAI s'agissant de l'évolution clinique de l'état de santé de l'assuré depuis le printemps 2014 :

« Amélioration de ses troubles anxio-phobiques. Cependant, chronicisation de ses troubles dépressifs. Le patient s'isole de plus en plus, il présente une perte de l'élan vital, perte de plaisir. Il présente un état de fatigue permanent, un sentiment de désarroi. Il a un sentiment de dévalorisation due [à] une blessure narcissique importante en réalisant qu'il ne " peut servir à rien " avec ses limitations fonctionnelles suites à ses séquelles d'accident au travail. Rumination, le patient étant convaincu pas être reconnu dans sa souffrance. Difficulté d'endormissement, sommeil très perturbé à la recherche d'une position antalgique. Il présente également un syndrome d'apnées-hypopnées obstructif du sommeil sévère, investiguée au Centre hospitalier B._____ en juillet 2014. L'appareil CPAP n'est pas supporté ».

Par décision du 18 mai 2015, confirmée sur opposition le 29 octobre 2015, la CNA a reconnu à l'assuré dès le 1^{er} février 2015 un droit à une rente d'invalidité de 28%, écarté les maladies (dos et épaule droite) du droit aux prestations, ainsi que les troubles psychiques, en niant pour ceux-ci l'existence d'une relation de causalité adéquate avec l'accident assuré et, enfin, versé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 18'900 fr., fonde sur un taux de 15%.

La CNA a versé les prestations légales, frais de traitement et indemnités journalières jusqu'au 31 janvier 2015 (cf. courrier de la CNA du 19 décembre 2014), puis a cessé ses prestations au motif que l'état de santé de l'assuré ne présentait aucune amélioration (cf. notamment courrier du Dr [...] du 16 décembre 2014).

b) Sur mandat de l'OAI, l'assuré a subi une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique, réalisée par les Drs T._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie et Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 15 juillet 2015 faisant suite à un examen de l'intéressé le 13 avril 2015, le Dr T._____ a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux chronique de la main droite (status post-CRPS post-ostéosynthèse d'une fracture multi-fragmentaire en 2012) et les diagnostics non incapacitants de syndrome lombovertébral récurrent

chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (minime discopathie L4-L5 et L5-S1), de cervicobrachialgies récurrentes (troubles dégénératifs et statiques sous-jacents), de gonalgies bilatérales sans signes méniscaux (minime gonarthrose interne gauche stable) et d'omalgies droites. Le rapport d'expertise rhumatologique contient en outre ce qui suit :

« **APPRECIATION DU CAS**

[...]

Du point de vue médical, il est connu pour les diagnostics décrits au point 4.2. Il signale des douleurs lombaires basses depuis 1995, qui s'exacerbent suite à l'accident en septembre 2012. L'évolution est caractérisée par la persistance d'une impotence fonctionnelle au niveau de la main D suite à une algoneurodystrophie post-ostéosynthèse d'une fracture multi-fragmentaire du radius distal D. Actuellement, il se plaint de cervicobrachialgies et de lombalgies basses devenues chroniques et qui se sont cristallisées autour d'un syndrome douloureux chronique de la main D.

Le status de ce jour met en évidence des douleurs au niveau de la mobilisation de l'articulation radiocarpienne et métacarpo-phalangienne D avec limitation aux deux tiers de course lors des flexions des MCP et à mi-course au niveau de la radiocarpienne. Il n'y a pas de trouble trophique, la force de préhension est quasiment nulle. La palpation des différents groupes musculaires et articulaires des IPP et IPD est ressentie comme très algique et entraîne des sursauts de la part de rassuré. Cependant, il ne ressent aucune douleur lorsqu'on lui donne la main pour se saluer. Il est également capable de se soulever de la table avec les deux MI, les mains agrippées alors qu'il est en décubitus dorsal. L'examen segmentaire est dans les normes, on note des hypercontractures para-lombaires. Il n'y a pas de dysfonction segmentaire à proprement parlé. Il n'y a pas de déficit sensitivomoteur. Les réflexes sont vifs et symétriques. Il n'y a pas de signe de non organicité selon les critères de Wadell ni de signe pariant en faveur d'une diminution du seuil de déclenchement à la douleur.

Du point de vue paraclinique, le bilan radiologique de ce jour est rassurant, il n'y a pas de discopathie significative tant au niveau cervical que lombaire, celles-ci ne se sont par ailleurs pas péjorées par rapport à celles du bilan de 1998, la radiographie de la main est également dans les normes hormis une minime ostéopénie cependant diffuse qui s'est par ailleurs améliorée par rapport à 2014 et 2012. L'ultrasonographie des genoux et des épaules est dans les normes.

Du point de vue thérapeutique, l'assuré devrait continuer à bénéficier d'une prise en charge physiothérapeutique dans le but d'éviter un déconditionnement musculaire tant au niveau du rachis que de la main. Une mobilisation en milieu aqueux voire en Paraffine pourrait être proposée. L'utilisation d'une ceinture lombaire est

également de mise. La poursuite d'une médication d'AINS et d'antalgie est de mise. L'adjonction d'une médication décontracturante le soir pourrait être également proposée.

Du point de vue de son exigibilité, dans son activité de maçon, sa capacité de travail est nulle. Dans une activité adaptée en évitant tout mouvement de préhension ou de port de charge par la main D, sa capacité pourrait être entière.

En effet, le bilan radiographique s'est amélioré au niveau de la main avec amélioration de l'ostéopénie, il n'y a pas de signe inflammatoire à l'ultrason. A remarquer que l'assuré ressent de manière très vive lorsqu'on le mobilise de manière active toute articulation de la main mais, lorsqu'on dérive son attention, il est même capable de se soulever de la table d'examen en s'appuyant sur ses deux mains alors qu'il est en décubitus ventral. Il s'habille également de manière autonome. Il n'y a par ailleurs pas d'amyotrophie, il n'y a pas de trouble sensitif hormis une hyposensibilité diffuse de tout le MS D qui ne correspond à aucun dermatome.

Dès lors, on note une certaine discordance entre les plaintes de l'assuré, l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et l'examen clinique et paraclinique effectué jusqu'à ce jour. Le socle somatique ne permet pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse.

Du point de vue bi-disciplinaire, après discussion avec le Dr Z._____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans son activité antérieure est nulle, dans une activité adaptée elle est entière. En effet du point de vue psychiatrique il présente un trouble somatoforme sans comorbidité psychiatrique.

REPONSES AUX QUESTIONS

(en regard de l'appréciation consensuelle ci-dessus)

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

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

L'assuré présente les limitations fonctionnelles comportant tout mouvement de préhension et de port de charge avec la main D.

Du point de vue quantitatif :

Dans son activité antérieure d'aide-maçon à 0% au vu du syndrome douloureux chronique de la main D.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici :

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

Depuis 2012, on assiste à une cristallisation de la symptomatologie douloureuse de la main D associée à des rachialgies prédominant au niveau cervical et lombaire. Il n'y a pas eu de reprise d'activité professionnelle depuis lors.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail ?

Cf. point 2.1.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ?

Tant du point de vue psychiatrique que rhumatologique : non.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ?

Sans objet.

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

Depuis septembre 2012. Cependant du point de vue rhumatologique, une reprise d'une activité professionnelle adaptée aurait raisonnablement pu être exigée en septembre 2013 soit une année après l'événement traumatique.

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

Cf. point 2.5.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

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

Des mesures de réadaptation professionnelle pourraient être proposées.

Les facteurs de mauvais pronostic sont la cristallisation de la symptomatologie douloureuse au niveau de la main D.

Les facteurs de bon pronostic sont son âge et la maîtrise du français.

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

2.1 Si oui par quelles mesures ?

Oui, en lui évitant de faire des mouvements de préhension des ports de charges avec le MS D.

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

Théoriquement bonne du point de vue rhumatologique et psychiatrique. Cependant, au vu de la cristallisation de la symptomatologie douloureuse, le pronostic est assombri.

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

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

Cf. 2.1

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ?

Du point de vue psychiatrique et rhumatologique, à 100% (accueil, sécurité, magasinier d'objets légers, vente d'objets légers ou de nourriture légère).

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ?

Dans une activité professionnelle adaptée, il ne devrait pas présenter de diminution de rendement ».

Après un entretien avec l'assuré le 2 juin 2015, le Dr Z. _____ a établi son rapport d'expertise psychiatrique le 3 août 2015, dans lequel il n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Il a posé les diagnostics non incapacitants de syndrome douloureux persistant (F45.4) et de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) secondaire à l'accident et aux limitations physiques. Pour le surplus, la rubrique « Appréciation du cas et pronostic » contient notamment ce qui suit :

« [...] Au moment de l'entretien, l'assuré est anxieux, il présente une tension avec une forte démonstrativité concernant ses douleurs.

De toute évidence, cet assuré présente une profonde blessure narcissique provoquée par le refus de la SUVA. Il ne comprend pas pourquoi la SUVA ne reconnaît pas ses douleurs qu'il estime être très incapacitantes et qui l'empêchent d'avoir une activité.

Relevons que le côté démonstratif retenu par le Dr X. _____ dans son expertise de 2013 est bien présent, mais que je n'ai pas retenu la personnalité histrionique, mais plutôt un trouble anxieux et dépressif secondaire aux manifestations somatiques qui sont vécues par l'assuré comme très pénibles. Je n'ai pas non plus retenu des signes et des symptômes d'un trouble dépressif récurrent, car du point de vue anamnestique et au moment de l'entretien, je n'ai pas pu les objectiver. J'aurais souhaité pouvoir m'entretenir avec le psychiatre de l'assuré, mais celui-ci, au moment de la rédaction du présent rapport, n'avait pas répondu à mes questions.

Le principal problème de cet assuré est donc les douleurs qui ont évolué vers un trouble somatoforme. Rappelons que selon la CIM-10, les caractéristiques essentielles de ces troubles sont des symptômes physiques, associés à des demandes d'investigation médicale, persistantes en dépit de bilans négatifs répétés et des déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. S'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations à ce sujet. Même quand la survenue et la persistance des symptômes sont étroitement liées à des événements désagréables ou à des difficultés et des conflits, et même quand il existe des symptômes dépressifs ou anxieux manifestes, le patient s'oppose habituellement à toute hypothèse supposant l'indication de facteurs psychologiques dans la survenue des symptômes. La recherche

d'une cause, physique ou psychologique, permettant de rendre compte des symptômes est souvent décevante et frustrante pour le patient comme pour le médecin.

Signalons que suite à un arrêt du 03.06.2015 (9c_492/2014), le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence concernant les affections psychosomatiques et la rente de l'Assurance-invalidité dans le sens que les critères de Foerster ne sont plus applicables. Toutefois, nous pouvons dire que cet assuré ne présente pas de pathologie psychiatrique handicapante, qu'il a des ressources psychologiques pour faire face à ses douleurs, mais qu'il est surtout blessé dans son narcissisme du fait qu'il n'a pas obtenu une reconnaissance sociale de ses douleurs de la part de la SUVA et qu'il s'attend à la même reconnaissance de la part de l'AI. Il est suivi deux fois par mois par un psychiatre et du point de vue médicamenteux, le *Cipralex* est dans l'intervalle thérapeutique. Signalons que l'enzyme hépatique GPT est perturbée et que l'éthanol est négatif.

Compte tenu de ce qui précède, nous pouvons dire que cet assuré présente un trouble somatoforme sans comorbidité psychiatrique, que son principal problème est la douleur et le sentiment d'injustice qu'il ressent car il s'attendait à une reconnaissance de la part de la SUVA et maintenant de l'AI.

Le pronostic reste réservé étant donné la présence du trouble somatoforme.

B. Influences sur la capacité de travail

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

Du point de vue physique : je vous renvoie aux conclusions de l'expertise rhumatologique effectuée par le Dr T._____.

Du point de vue psychique : aucune limitation.

Du point de vue social : aucune limitation.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

Compte tenu de ce qui précède et après examen et étude du dossier, nous pouvons dire que cet assuré présente un trouble somatoforme avec un trouble anxieux secondaire aux douleurs qui ne représente pas une comorbidité psychiatrique incapacitante.

En l'absence de limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique, cet assuré est capable de travailler dans une activité adaptée à ses douleurs à 100%.

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

Du point de vue psychiatrique, oui.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. *Des mesures de réadaptation professionnelles sont-elles envisageables ?*

Pas du point de vue psychiatrique.

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

Voir dans le texte.

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

Voir dans le texte ».

Dans un avis SMR du 16 février 2016, le Dr V._____ a pris position sur le rapport d'expertise du 15 juillet 2015. Il a retenu que les conclusions du Dr X._____, du 5 novembre 2013, - soit le fait que les troubles psychiques de l'assuré n'ont quasiment aucune incidence sur sa capacité de travail - et celles du Dr P._____ de la SUVA du 12 mai 2014 recourent celles de l'expert T._____ et précisé que les limitations fonctionnelles retenues par le rapport d'examen SMR du 4 juillet 2014 étaient confirmées. Pour le surplus, l'avis du 16 février 2016 contient ce qui suit :

« A la lumière des indicateurs standards de l'OFAS en vigueur (lettre circulaire AI 339) nous analysons l'expertise rhumatologique et psychiatrique mise en place à l'été 2015 dans ce contexte.

Volet psychiatrique Z._____: Page 3/19 : Sur le plan affectif, l'assuré s'est marié en 1989 avec une femme d'origine bosniaque, âgée actuellement de 47 ans, qui travaille comme infirmière dans un EMS. Ils entretiennent de bonnes relations. Le couple a eu deux enfants, à savoir un garçon âgé de 25 ans, célibataire, qui travaille comme boulanger et vit à la maison. Un garçon âgé de 23 ans, célibataire, qui travaille comme boulanger, l'assuré dit que cet enfant souffre d'angoisses comme lui. Page 12/19 : En ce qui concerne les activités journalières, l'assuré dit ne pas pouvoir dormir à cause de ses douleurs. Il déclare que pendant la journée, il reste à la maison « à regarder le plafond ». Il explique qu'il n'a pas envie de faire des promenades et que rien ne l'intéresse, mais il reconnaît qu'il va quand même mieux, car auparavant il restait à la maison, au lit, sans bouger. Ses dernières vacances remontent à avant l'accident, en [...].

Dr T._____ page 5 : L'assuré est capable, de manière autonome, d'aller aux toilettes, de prendre un bus, de marcher plus de

10minutes, de porter des charges de plus de 2kg et de rester assis pendant 10 minutes. Il ne serait pas capable d'effectuer ses soins corporels, de conduire, de faire les repas, de passer l'aspirateur, de s'habiller, de lacer ses chaussures, de prendre la poussière, de nettoyer les vitres et d'effectuer les commissions légères et lourdes. Il signale un désintérêt total pour ce genre d'activité. Ces activités seraient effectuées par son épouse.

Page 6, durant l'examen somatique : lorsqu'on vient le chercher en salle d'examen, l'assuré se lève d'un seul tenant, sans signaler de douleur, il suit l'expert dans le cabinet sans boiterie, durant l'anamnèse, il reste assis pendant l'entretien sans opter de position antalgique. Il se dévêt et se rhabille de manière autonome, il se couche et se relève de manière laborieuse mais arrive à se tenir avec la main D sur le bord du lit pour se relever en exprimant la douleur.

Page 12 : Du point de vue bidisciplinaire, après discussion avec le Dr Z._____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans son activité antérieure est nulle, dans une activité adaptée elle est entière. En effet du point de vue psychiatrique il présente un trouble somatoforme sans comorbidité psychiatrique.

Il descend et remonte 2 étages d'escaliers sans allégation douloureuse et sans s'aider de la rampe [...] ».

Par décision du 3 avril 2017, l'OAI a confirmé son projet du 14 novembre 2014 d'acceptation de rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier au 31 août 2014, considérant que l'intéressé présentait une capacité de travail de 100% depuis le 12 mai 2014 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

B. Par acte du 18 mai 2017, L._____, représenté par Me Philippe Nordmann, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée au-delà du 1^{er} septembre 2014 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. Sur le fond, le recourant fait valoir que son état de santé ne s'est pas stabilisé au 12 mai 2014, que le taux d'invalidité a été incorrectement fixé - la CNA ayant elle-même fixé ce taux à 28%, il ne peut pas être inférieur à ce chiffre - et qu'il dépasse en tout état de cause les 20%, de sorte que c'est à tort que les mesures professionnelles ont été refusées.

Dans sa réponse du 10 juillet 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse. Il relève que le rapport d'examen final du médecin d'arrondissement de la CNA du 12 mai 2014 atteste de la capacité de travail de l'assuré entière dans une activité adaptée. Il fait en outre valoir que l'expertise bidisciplinaire du 15 juillet 2015 atteste également une capacité de travail entière dans une activité adaptée, soulignant que cette expertise a une pleine valeur probante. S'agissant du taux d'invalidité, l'office intimé rappelle que le taux fixé par l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité selon l'ATF 126 V 288. Il souligne également que le taux d'abattement de 10% opéré sur le revenu d'invalidité est conforme compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assuré.

L'intimé joint à son écriture un avis du SMR du 21 juin 2017, selon lequel les lombalgies chroniques et la hernie discale ont été prises en compte dans le rapport SMR du 4 juillet 2014 et qu'aucune aggravation ou modification de ce problème de santé n'avait été annoncé avant le 20 octobre 2016. Il est également retenu que l'avis psychiatrique de 2013 du Dr X. _____ et l'expertise psychiatrique du 3 août 2015 ne retiennent aucun diagnostic psychiatrique invalidant et que les plaintes de l'assuré ont bien été prises en compte dans les diagnostics de trouble somatoforme douloureux et de trouble anxieux et dépressif mixte.

Par réplique du 25 septembre 2017, le recourant maintient ses conclusions. Il fait valoir que les organes de l'assurance-invalidité sont liés en cas de décision d'assurance-accidents entrée en force, comme c'est le cas en l'espèce et que dès lors une incapacité de travail de 100% doit être reconnue en tout cas jusqu'au 31 janvier 2015. Il fait en outre valoir que l'OAI ne s'est pas prononcé sur l'ensemble des atteintes dont il souffre, plus particulièrement les troubles du sommeil confirmés en juillet 2014. Il requiert au demeurant la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Dupliquant le 9 novembre 2017, l'intimé confirme ses conclusions. Il soutient qu'il ressort du rapport d'examen médical du Dr P. _____ du 12 mai 2014 que l'état de santé était stabilisé à cette date,

que les lombalgies chroniques et la hernie discale ont été prises en compte par le SMR, que le Dr Z. _____ ne retient aucun diagnostic psychiatrique invalidant et que les apnées du sommeil n'ont pas d'effet sur la capacité de travail. Il réitère que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-accidents n'a pas d'effets contraignants pour l'assurance-invalidité et réciproquement. L'intimé admet qu'un taux d'abattement de 20% sur le revenu d'invalidité pourrait être appliqué en raison des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assuré, portant ainsi à 22% le taux d'invalidité, ce qui ouvrirait le droit du recourant à des mesures professionnelles. Il précise toutefois que le taux d'invalidité demeure inférieur au 40% ouvrant le droit à la rente.

Dans ses déterminations du 16 novembre 2017, le recourant accepte la mise en œuvre de mesures professionnelles. Il s'enquiert de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

C. Le 28 novembre 2017, la CNA a, suite à la demande de la Cour de céans, produit une copie du dossier de l'assurance-accidents, sur lequel les parties ont été invitées à se déterminer.

Dans ce prolongement, l'intimé a produit, le 22 janvier 2018, un avis SMR daté du 15 janvier 2018, selon lequel les pièces remises n'établissent aucune aggravation ou fait nouveau entre l'expertise du 15 juillet 2015 et la décision entreprise.

Le recourant s'est prononcé sur le dossier de la CNA en date du 20 mars 2018, mettant en évidence de documents déjà produits attestant des séquelles douloureuses importantes et invalidantes de son membre supérieur droit ainsi que d'autres atteintes, à la fois somatiques et psychiques, consécutives à l'état douloureux chronique ainsi qu'à la dévalorisation qu'il éprouve à la suite de toutes les atteintes dont il souffre. Il met en particulier en évidence :

- Un rapport du Prof. [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 25 mars 2014,

indiquant que le recourant présente encore, 18 mois après l'opération, une importante raideur du poignet et des doigts longs avec une symptomatologie intéressant l'ensemble du membre supérieur droit pouvant correspondre à une algoneurodystrophie dont les caractères cliniques et la symptomatologie semblent figés depuis au moins avril 2013, ainsi que des douleurs lancinantes au repos, précisant que la symptomatologie ne peut être expliquées par les constats radiologiques. Ce spécialiste constate la présence d'un syndrome algoneurodystrophique en phase peu inflammatoire présentant un enraidissement important du poignet et des doigts longs malgré une physiothérapie et ergothérapie bien conduites ;

- Un rapport du Dr K._____ du 30 octobre 2014 constatant et validant l'incapacité de travail du recourant pour une durée indéterminée en raison de son handicap au membre supérieur droit ;

- Un rapport du Dr K._____ du 16 juin 2015 faisant suite à la décision de la CNA du 18 mai 2015 retenant une incapacité de gain de 28% et considérant que l'intéressant est toujours en incapacité totale de travailler pour une durée indéterminée et estimant que « selon le système de référence d'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, il devrait être retenu dans ce cas au minimum 35% d'atteinte à l'intégrité » ;

- Un rapport du 3 juillet 2015 du Dr K._____ mettant en évidence l'épuisement des multiples propositions thérapeutiques ne permettant en aucun cas de considérer que l'intéressé a pu récupérer les déficits du poignet et de la main droite constatés et confirmés par le Dr P._____ le 12 mai 2014 et une déminéralisation osseuse due au syndrome algoneurodiystrophique ;

- Un rapport du 29 août 2015 du K._____ attestant une aggravation de l'état de santé du recourant depuis l'évaluation de la CNA de mai 2014 ; et

- Un rapport du Dr K._____ du 2 mars 2018 dont on extrait ce qui suit :

« Diagnostics :

A) Fracture complexe du poignet droit sur chute d'un échafaudage le 12.09.2012 traitée en traumatologie Centre hospitalier B. _____ par opération, l'évolution à long terme étant caractérisée par des phénomènes algo-neuro-dystrophiques, déminéralisation osseuse locale et arthrose post fracturaire de l'articulation du poignet, le patient ayant perdu significativement les amplitudes de mouvements du poignet et avant bras droits ainsi que la force de préhension de la main droite sans oublier des douleurs handicapantes du poignet et avant bras qui demeurent permanentes. Accident SUVA no 01.57625.12.8

B) Installation d'un état anxio-dépressif dès 2013 consécutif aux séquelles persistantes de l'accident A) troubles psychiques traités par le Dr C. _____ psychiatre Rue [...], ces troubles psychiques perdurent toujours et ont un caractère handicapant.

C) Polyalgies sans relation directe avec l'accident A) caractérisées par : des lombalgies récurrentes dès 2013, baisse de force des releveurs du pied gauches sur compression du nerf sciatique poplitée externe en 2015, qui a objectivement récupéré lentement entre 2015 et 2016.

D) Juin 2017 : douleurs épaule droite et cervicales droites indirectement liées à une gestuelle réduite de l'avant bras et du poignet droits séquellaire au handicap post traumatique A) du poignet droit.

[...]

Ainsi, au vu de la dernière consultation du 15.09.17, je décrirai la situation comme suit :

Pour **A)** : Persistance du même handicap du poignet et avant bras droits qui semble permanent et selon le patient responsable d'une incapacité de travail totale et définitive alors même qu'il n'est indemnisé par l'ass AA qu'à 28%.

Pour **B)(C)(D)** Récurrence et persistance des douleurs multi-focales ainsi que l'atteinte psychique, le tout relevant de l'assurance-maladie puisque pas considéré par SUVA et AI comme directement lié aux suites de l'accident **A)**, ou comme une aggravation du handicap post accident SUVA **A)** [...] ».

Le 17 avril 2018, l'OAI a considéré que les arguments développés par le recourant n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa décision et se réfère pour le surplus à un avis SMR du 13 avril 2018, soulignant que nombre des rapports cités par l'intéressé étaient déjà connus et que s'agissant du rapport du Dr K. _____ du 2 mars 2018, le diagnostic somatique n'était pas contesté, les troubles psychiques ont été pris en compte dans l'instruction initiale, que les polyalgies ont été prises en compte dans l'expertise bidisciplinaire

- précisant qu'aucun diagnostic psychiatrique invalidant n'a été retenu et que les plaintes du recourant ont été prises en compte dans le diagnostic de trouble somatoforme et de trouble anxieux et dépressif mixte - et que les douleurs à l'épaule droite et aux cervicales sont postérieures à la décision querellée.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

b) En l'espèce, interjeté dans le respect du délai légal et des autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. a) Saisi d'un recours contre une décision prise par un assureur social, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a

critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c).

b) Est litigieux dans le cas d'espèce le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier son droit à une rente d'invalidité postérieurement au 1^{er} septembre 2014. Il s'agit en définitive de déterminer si les atteintes, constitutives d'un nouveau cas d'assurance à l'origine de la seconde demande de prestations AI formulée par l'assuré, sont susceptibles de limiter sa capacité de travail et de gain (*cf.* s'agissant de la question de la survenance d'un nouveau cas d'assurance : ATF 136 V 369 consid. 3.1 ; TF 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.1 et 5.2).

c) En tout état de cause, on rappellera à ce stade que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accident n'a pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité (ATF 133 V 549, confirmant l'ATF 126 V 288) et que les organes de ces deux assurances sont tenus de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité, les uns ou les autres ne pouvant se contenter de reprendre simplement et sans avoir effectué leur propre examen le degré d'invalidité fixé par l'autre assureur (TF 9C_813/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.4 et les références citées).

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

longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, deuxième phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165 ; Pratique VSI 5/2001 p. 223 consid. 2b et les références citées).

4. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et réf. cit.). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être

raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

b) 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 ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 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 d'un rapport médical, 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 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). 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 réf. cit.; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/cc).

d) En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître une valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, 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 (cf. 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 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

b) En outre, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b, et réf. cit.).

6. a) En l'espèce, le recourant conteste l'appréciation de la situation médicale telle que réalisée par l'OAI, considérant en particulier que le SMR n'a pas analysé les diverses pathologies dont il souffre.

b) Il ressort du dossier de la cause que le recourant présente de nombreux troubles, tant sur le plan physique que sur le plan psychique. Selon le Dr T._____, rhumatologue et médecin auprès du SMR, il souffre de syndrome douloureux chronique de la main droite. Si ces atteintes sont incapacitantes dans le cadre de l'activité habituelle du recourant, le Dr T._____ a revanche considéré que l'intéressé pouvait exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une activité mono-manuelle (gauche) avec utilisation de la main droite comme appui n'excédant pas une force de 2kg et semi-sédentaire permettant l'alternance des positions au gré de l'assuré. Il souffre également d'un syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, de cervicobrachialgies, de gonalgies bilatérales sans signes méniscaux et d'omalgies droites. Selon le SMR, ces atteintes n'ont toutefois pas de répercussion sur la capacité de travail du recourant. Le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du SMR, pose quant à lui les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de trouble somatoforme douloureux persistant et de trouble anxieux et dépressif mixte secondaire à l'accident et aux limitations physiques (cf. rapport d'expertise du 3 août 2015).

c) S'agissant tout d'abord de la problématique du trouble somatoforme douloureux, il convient préalablement de rappeler ce qui suit.

aa) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du

14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, in SVR 2007 IV no 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4).

bb) Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existait, jusqu'à l'arrêt rendu le 3 juin 2015 par le Tribunal fédéral en la cause 9C_492/2014 publié aux ATF 141 V 281, une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail pouvait résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne disposait pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles étaient réunies devait être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. On retenait, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Pouvait constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Parmi les autres critères déterminants, devaient être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il était également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on devait conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultaient d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement

observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeuraient vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissaient insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ; cf. notamment TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2 et réf. cit.).

cc) Dans l'ATF 141 V 281 cité ci-dessus, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA, qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité). En d'autres termes, la reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standards. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (consid. 6 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. En effet, la définition de cette atteinte mentionne comme

« plainte essentielle », une « douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse ». En outre, ce trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de l'entourage et des médecins (cf. ch. F45.40 de la CIM [Classification internationale des maladies] 10 2014). Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (cf. également TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2).

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la

personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

Le Tribunal fédéral a précisé que ce changement de jurisprudence ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante aux expertises rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les

expertises judiciaires recueillies, le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux, permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (TAF C-1916/2015 du 31 mai 2016 et réf. cit.).

d) Dans le cas d'espèce, on constate que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a été posé par le Dr K._____ (cf. rapport du 4 décembre 2014) et qu'il a été confirmé par le Dr Z._____, psychiatre, dans le cadre de son examen du 3 août 2015. Toutefois les répercussions de cette atteinte n'ont pas été examinées conformément à l'ATF 141 V 281, malgré la référence expresse du Dr Z._____ à la nouvelle jurisprudence en la matière. On retrouve certes dans l'appréciation de ce praticien, de manière éparse, quelques éléments ressortant de la grille d'analyse du Tribunal fédéral applicable en matière de syndromes sans pathogenèse ni étiologies claires et sans constat de déficit organique, qui ont été reprises par le Dr V._____ dans son avis du 16 février 2016. Toutefois, l'appréciation des médecins est extrêmement sommaire et ne saurait être jugée suffisante au regard de la jurisprudence en la matière. En particulier, le Dr Z._____ se contente d'indiquer que le recourant ne présente pas de pathologie, respectivement de comorbidité psychiatrique incapacitante et qu'il a des ressources psychologiques pour faire face à ses douleurs.

En réalité, l'OAI n'a investigué la problématique médicale du recourant et n'a déterminé sa capacité de travail exigible que sous l'angle somatique/rhumatologique, ce qui n'est toutefois pas suffisant au vu du tableau clinique complexe présente par l'intéressé (cf. consid. 6b précité). Ainsi, l'office intimé a statué sur la base d'un dossier médical lacunaire, se fondant sur des données incomplètes, à tout le moins sur le plan psychique. Par conséquent, ni l'état de santé du recourant dans sa globalité, ni les conséquences de cet état sur sa capacité de travail n'ont été établis à satisfaction de droit.

Le recours est par conséquent bien fondé.

7. a) Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (cf. notamment art. 43 al. 1 et 2 LPGA ; art. 57 al. 1 let. f LAI ; ATF 137 V 210 ; cf. aussi la note de Bettina Kahil-Wolff in : JdT 2011 I 215 à propos de cet arrêt). Un renvoi à l'administration est possible lorsqu'il convient de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). Tel est le cas en l'espèce.

b) Au vu de ces éléments, il convient donc d'admettre le recours, de renvoyer le dossier à l'OAI afin qu'il mette en œuvre une expertise contenant au moins un volet rhumatologique et un volet psychiatrique, - étant réservé la faculté de l'OAI d'y associer, cas échéant, toute autre spécialisé jugée opportune - et qu'il rende une nouvelle décision. Cette expertise devra en particulier se prononcer sur la problématique du trouble somatoforme douloureux et de ses répercussions sur la capacité de travail de L._____ conformément aux nouveaux critères jurisprudentiels. Elle devra également mettre en lumière les différentes pathologies présentées par le recourant et leurs éventuelles interactions.

8. a) Le recours est par conséquent admis, la décision attaquée étant annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

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). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) Ayant obtenu gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), Le montant de ces derniers est déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige. Il convient de les fixer en l'occurrence à 2'500 fr., débours et TVA compris.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 3 avril 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud .

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton versera à L._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Nordmann (pour L. _____),
- 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 :