

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 juin 2010

---

Présidence de M. NEU  
Juges : MM. Dind et Jomini  
Greffier : Mme Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à Puidoux-Gare, recourant, représenté par Me Séverine Berger,  
avocate à Lausanne

et

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

---

**Art. 28 LAI; 6, 7, 8 al. 1, 16, 61 let. a et g LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le 22 novembre 1961, originaire d'Ex-Yougoslavie, a travaillé depuis le 5 février 1996 en qualité de serrurier pour l'entreprise R.\_\_\_\_\_. Il était assuré auprès de la F.\_\_\_\_\_ contre les accidents professionnels et non professionnels.

Le 19 octobre 2001, l'assuré a fait une chute de plus de 3 mètres du haut d'un échafaudage et s'est réceptionné sur les fesses. Le diagnostic initial posé par le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, était celui de "poly-contusions et fracture-tassement de L5". Les radiographies réalisées le 15 février 2002 ont permis d'infirmier ce diagnostic, un aspect malformatif de la partie postérieure du canal sacré étant par contre retenu. L'évolution a été marquée par la persistance de douleurs dans la région sacrée, exacerbées par les mouvements. La F.\_\_\_\_\_ a garanti le versement des prestations légales d'assurance. Du 6 mars au 16 avril 2002, l'assuré a séjourné à la Clinique G.\_\_\_\_\_. Au terme de cette prise en charge, une reprise progressive de l'activité professionnelle a été préconisée. La capacité de travail était de 50 % au 21 mai 2002. Par décision du 24 février 2003, confirmée par décision sur opposition du 2 juin 2003, la F.\_\_\_\_\_ a mis un terme au paiement des frais médicaux et au service de l'indemnité journalière au 28 février 2003, pour le motif pris, en substance, que les troubles affectant l'assuré au-delà de cette date n'étaient plus en relation avec l'accident du 19 octobre 2001 de par leur nature malade.

Le 20 mai 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations AI (orientation professionnelle, reclassement dans une nouvelle profession et rente).

Il ressort du questionnaire pour l'employeur adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 1<sup>er</sup> juillet 2003 que, depuis le 21 mai 2002, l'assuré a alterné les périodes de travail à 50 % et à 100 %. Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2003, il travaille à 50 %, soit

4 heures 15 par jour pour un salaire horaire de 33 fr. 98, vacances par 8,5 % et 13<sup>ème</sup> salaire en sus.

Dans un rapport médical du 25 août 2003, la Dresse Q.\_\_\_\_\_, médecin associé de l'Hôpital Y.\_\_\_\_\_, pose comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré depuis le 19 octobre 2001 :

- lombalgies chroniques persistantes post-traumatiques avec protrusion discale L5/S1 et déchirure annulaire au même niveau;
- déconditionnement musculaire.

Comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, elle mentionne une dysplasie de l'arc postérieur de S1, S2 et S3, existant depuis la naissance, connue depuis 2001. Ce spécialiste atteste une incapacité de travail de l'assuré dans son activité de serrurier de 100 % pour la période du 19 octobre 2001 au 12 mai 2002 et de 50 % depuis le 13 mai 2002. Elle précise que sur le plan strictement thérapeutique, tous les moyens à disposition ont été épuisés, raison pour laquelle l'assuré n'est actuellement suivi que par son médecin traitant qui prescrit des anti-inflammatoires non stéroïdiens (ci-après : AINS). L'état de santé est stationnaire, mais le pronostic est défavorable en ce qui concerne la capacité de travail de l'assuré à moyen et long terme, la déchirure annulaire prenant encore une intensité importante lors du dernier examen par IRM (23 avril 2003) et expliquant ainsi l'intensité douloureuse. La Dresse Q.\_\_\_\_\_ est d'avis que le status clinique actuel ne permet pas d'augmenter la capacité de travail dans une activité lourde comme celle de serrurier-constructeur, de sorte que des mesures professionnelles sont indiquées.

Le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et de rééducation du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), a examiné l'assuré le 5 septembre 2005. Le rapport établi le 26 septembre 2005 retient notamment ce qui suit :

"(...)

#### **Antécédents personnels généraux**

Aucun antécédent médico-chirurgical hormis l'accident de chantier du 19.10.2001 (chute en position assise d'une hauteur de trois mètres suivie de contusions associées à des douleurs et un blocage lombaire immédiat au niveau gauche).

Hospitalisation de 6 semaines à la clinique de réhabilitation de la F. \_\_\_\_\_ à Sion.

(...)

## **Anamnèse actuelle générale**

Lombalgies basses gauches avec irradiation au niveau de la fesse gauche et sentiment de faiblesse au niveau du membre inférieur gauche. La symptomatologie est exacerbée par la station debout au-delà de 1 heure, la station assise au-delà de 1h30. L'assuré ne décrit aucune autre plainte ostéoarticulaire de façon spontanée. Après interrogation, il fait état de gonalgies bilatérales lors de la position de genuflexion au travail.

(...)

## **DIAGNOSTIC**

### **- avec répercussion sur la capacité de travail :**

- **LOMBOPYALGIES GAUCHES CHRONIQUES SUR TROUBLES STATIQUES ET DÉGÉNÉRATIFS (DISCARTHROSE L5-S1 ET RÉTROLYSTESIS DE L3 SUR L4 DE GRADE 1). M54.4**

### **- sans répercussion sur la capacité de travail :**

- **SYNDROME ALGIQUE CHRONIQUE DE TYPE NON ORGANIQUE ASSOCIÉ VRAISEMBLABLEMENT À UNE COMPOSANTE D'EXAGÉRATION VERBALE.**

## **APPRECIATION DU CAS**

Assuré d'origine albanaise, serrurier de formation, en Suisse depuis 1983 (...) l'assuré développe une lombopyalgie gauche accompagnée d'un syndrome de faiblesse musculaire au niveau du membre inférieur gauche par intermittence. Les différents traitements réalisés jusqu'à ce jour (traitement d'AINS et antalgiques par voie per os, infiltrations, bloc facettaire et traitement intensif de 6 semaines à la clinique de la F.\_\_\_\_\_) n'ont pas apporté l'amélioration escomptée.

Depuis le 21.05.2002, l'assuré exerce son activité à 50% dans la même entreprise, le poste de travail a été quelque peu adapté. L'activité professionnelle de l'assuré consiste en : pose de portes, cadres de fenêtre, balustrades de balcons et balcons. L'assuré travaille avec un horaire à la carte, l'assuré déclare travailler en fonction de sa symptomatologie douloureuse pouvant aller de pas de travail du tout jusqu'à une journée de travail complète en fonction de la symptomatologie. L'examen clinique réalisé ce jour au SMR met en évidence essentiellement une diminution de la mobilité au niveau du rachis lombaire sur contre-pulsions volontaires. La distance doigts-sol est mesurée à 14 cm, pour une distance doigts-orteils à 5 cm. L'examen neurologique met en évidence une hypoesthésie subjective en chaussette du membre inférieur gauche associée à une hypoesthésie plus importante touchant le territoire L5. Toutefois le status neurologique ne met pas en évidence d'erreur au piqué-touché, ni de trouble de la pallesthésie. La démarche spontanée est parfaitement fluide, de même que la marche aux trois modes.

Mise en évidence de 4 points sur 5 selon Waddel en faveur d'un processus non organique associé à 2 points sur 18 selon Smith en faveur d'une fibromyalgie.

En conclusion, cet assuré présente actuellement des lombopalgies gauches chroniques associées à un sentiment de faiblesse non objectivé par l'examen clinique et une hypoesthésie touchant le territoire L5 de type subjectif. L'activité de serrurier au vu des pathologies présentées est contre-indiquée à 100%. L'activité à 50% adaptée avec un horaire libre semble lui convenir parfaitement.

Théoriquement, dans une activité adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles liées aux pathologies objectives présentes [réf.: la capacité de travail] est de 100%. Toutefois, il faut signaler que l'assuré s'estime incapable d'avoir une activité à 100% même dans une activité adaptée.

### **Les limitations fonctionnelles :**

Absence de port de charge supérieure à 10 kg, pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis, pas de position assise au-delà de 1h30, pas de position debout au-delà de 1h00. Possibilité de varier les positions minimum une fois à l'heure, de préférence à sa guise. Cadre de travail tempéré.

**Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?** A la suite de l'accident de chantier survenu le 19.10.2001, l'assuré présente une incapacité de travail à 100%.

**Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?** Sur la base d'expertises et d'examens cliniques réalisés par la F. \_\_\_\_\_, une incapacité de travail à 50% lui a été reconnue depuis le 21.05.2002. A signaler que la F. \_\_\_\_\_ a cessé tout versement de prestation depuis le 28.02.2003.

**Concernant la capacité de travail exigible**, dans l'activité habituelle elle est de 50% depuis le 21.05.2002 : dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles mises en évidence par l'examen clinique de ce jour, elle est de 100%.

(...)"

L'assuré a eu un entretien avec l'OAI le 28 novembre 2005. La note y relative mentionne que l'intéressé travaille toujours à 50 % chez R. \_\_\_\_\_ et reçoit un 50 % de perte de gain ( [...]). Il estime travailler à son maximum, s'étonne de l'avis du SMR et ne se voit pas abandonner son poste actuel, pour un hypothétique poste à 100 % (qu'il est par ailleurs sûr de ne pas pouvoir tenir).

Le 17 décembre 2005, l'assuré a été victime d'un nouvel accident.

Par décision du 10 mai 2006, l'OAI a rejeté la demande tendant à l'octroi de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Considérant que, de l'avis du SMR, la capacité de travail de l'assuré est entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, activité de type livraisons légères, surveillance de machines ou manutention légère, mais que l'assuré s'estime incapable de travailler à plus de 50 % et refuse de quitter son emploi bien réel à 50 % pour viser un poste très hypothétique à 100 %, l'OAI a calculé le revenu d'invalidité en se référant aux données statistiques telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ci-après : ESS). Le salaire de référence pris en compte est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et service), soit en 2002, 4'557 fr. par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures), le montant doit être porté à 4'750 fr. 67, ce qui donne un salaire annuel de 57'008 fr. 07. Le revenu de l'assuré dans son activité de serrurier, sans invalidité, s'élevant, en 2002, à 78'780 fr., la perte de gain résultant de l'invalidité est de 27'473 francs, ce qui correspond à un degré d'invalidité de 34,87 %. Le degré d'invalidité étant inférieur au minimum légal de 40 %, l'assuré n'a pas droit à une rente d'invalidité.

Par acte du 9 juin 2006, l'assuré, représenté par l'avocate Séverine Berger, a formé opposition contre la décision de l'OAI du 10 mai 2006.

Il résulte du rapport médical établi le 23 novembre 2006 par les Drs T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et FMH en chirurgie orthopédique, et X.\_\_\_\_\_, médecin assistante du Service de réadaptation générale de la Clinique G.\_\_\_\_\_, ce qui suit :

"(...)

Le patient susnommé a séjourné dans notre service de réadaptation générale **du 10.10.2006 au 08.11.2006**, date de son retour à domicile.

#### **DIAGNOSTIC PRIMAIRE**

- **Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)**

#### **DIAGNOSTICS SECONDAIRES**

- **Algodystrophie du poignet droit au décours (M 89)**
- **Chute d'une échelle le 17.12.2005 avec :**
  - o **Fracture multifragmentaire intra-articulaire du radius distal droit et fracture styloïde cubitale à droite (T 92.2)**
  - o **Syndrome du tunnel carpien (G 56.0)**
  - o **Réduction embrochage et décompression du nerf médian en urgence le 17.12.2005 (Z 98.8)**
  - o **Reprise à ciel ouvert le 23.12.2005 (Z 98.8)**
  - o **AMO et décompression du nerf médian le 01.03.2006 (Z 98.8)**
  - o **Arthrose radiocarpienne**
- **Lombalgies chroniques (M 54.5)**
- **Chute d'un échafaudage avec contusion sacrée le 19.10.2001.**

#### **CO-MORBIDITES**

- **Trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et dépression (F 42.2)**

#### **MOTIF D'HOSPITALISATION**

(...)

Il faut relever qu'au moment de l'accident, le patient était en arrêt-maladie à 50 %, en raison de lombalgies chroniques persistantes. M. B. \_\_\_\_\_ nous est adressé pour faire un bilan de ses capacités fonctionnelles résiduelles, traiter sa douleur et évaluer l'indication à une arthrolyse du poignet droit.

(...)

#### **APPRECIATION ET DISCUSSION**

(...)

Selon le consilium psychiatrique, on constate un tableau d'abaissement modéré de l'humeur et d'anxiété, en rapport avec une situation existentielle difficile. Certains facteurs pourraient être de mauvais pronostic : le contexte de lombalgies chroniques qui motivait une incapacité de travail à 50 % au moment de l'accident en cause, la notion de l'arrêt de prestations de la F. \_\_\_\_\_ prise sur opposition, et enfin la notion d'une perte des biens familiaux pendant la guerre au Kosovo, même si ce point est minimisé par le patient. (...)

En résumé, à presque 1 an d'une fracture de l'épiphyse distale du radius et de la styloïde cubitale à droite, accompagnée d'une neuropathie sensitivomotrice axonale sévère traumatique du

médian, M. B. \_\_\_\_\_ présente une limitation douloureuse de la mobilité du poignet. L'évolution est compliquée par une algodystrophie. La réinnervation étant en cours, il est légitime de s'attendre à une amélioration des troubles sensitifs dans les prochaines semaines. La situation n'est donc pas encore stabilisée.

Au vu de ces limitations, une arthrodeuse radio-scapolunaire est indiquée dans le courant de l'année prochaine. Une scintigraphie osseuse préopératoire pourrait s'avérer utile. L'incapacité de travail comme serrurier reste totale. Le patient est encouragé à utiliser sa main. (...)

Il faut garder en mémoire que certains facteurs défavorables pourraient constituer un frein à la reprise d'une activité professionnelle.

**INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE SERRURIER**

100 % du 09.11.2006 au 08.12.2006

(...)"

Dans l'avis médical du 20 avril 2007, le Dr L. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la F. \_\_\_\_\_ relève ce qui suit :

"(...)

**APPRECIATION**

(...)

Pour les seules suites de l'accident du 17.12.05, il est évident que la reprise de l'activité antérieure n'est pas envisageable. En revanche, le patient peut travailler en plein dans une activité légère, de type industriel, privilégiant le contrôle et la surveillance au travail purement manuel et ne nécessitant pas de dextérité particulière.

Par ailleurs, une indemnisation pour atteinte à l'intégrité est due.

(...)"

Par décision du 16 juillet 2007, la F. \_\_\_\_\_ a alloué à l'assuré une rente d'invalidité et une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle a retenu que les investigations sur le plan médical et économique mettaient en évidence une diminution de la capacité de gain de 34 % et une diminution de l'intégrité de 17,5 %.

Le 31 octobre 2007, la F.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition formée par l'assuré le 16 août 2007 contre sa décision du 16 juillet précédent.

Par décision du 10 décembre 2007, le Service de l'emploi a déclaré l'assuré inapte au placement à compter du 12 octobre 2007, lui déniait ainsi tout droit à des indemnités de chômage à partir de cette date. Il a retenu que cette décision était motivée par le fait que, lors de son inscription, l'assuré avait expressément déclaré à son conseiller qu'il ne pouvait pas effectuer des recherches pour un autre emploi étant donné que son employeur actuel aurait davantage de travail à lui proposer. Sur le fond, le Service de l'emploi a considéré que, subjectivement, l'employabilité de l'assuré était considérablement réduite en raison de son état de santé et que, même dans l'hypothèse d'un marché de l'emploi équilibré, ses chances de trouver un emploi étaient très incertaines. Il a toutefois relevé que sa position se basait sur les seules pièces en sa possession, l'assuré n'ayant pas répondu à sa demande d'examen d'aptitude au placement.

Dans l'avis médical du 30 janvier 2008, le Dr M.\_\_\_\_\_ du SMR a notamment indiqué qu'il s'alignait sur la position de l'examen final de la F.\_\_\_\_\_ du 20 avril 2007, selon laquelle la capacité de travail de l'assuré est jugée nulle dans l'activité antérieure, mais complète dans une activité adaptée, soit une activité légère, de type industriel, privilégiant le contrôle et la surveillance au travail purement manuel et ne nécessitant pas de dextérité particulière. Il a rappelé que l'assuré présentait également des lombalgies, de sorte les limitations fonctionnelles retenues dans le rapport SMR du 6 octobre 2005 étaient toujours d'actualité. Pour le poignet droit, les limitations fonctionnelles consistent en l'interdiction de travaux de force et de mouvements répétitifs du poignet en rotation, la flexion/extension, et le port de charges de plus de 2 kg. Il a conclu en indiquant que, dans une activité manuelle (pas une activité de pure surveillance), une diminution de rendement de l'ordre de 10 à 20 %, selon l'activité pouvait être admise.

Par décision sur opposition du 31 janvier 2008, l'OAI a rejeté l'opposition formée le 9 juin 2006 par l'assuré et confirmé sa décision du 10 mai 2006. Cette décision retient notamment ce qui suit :

"(...)

Vous contestez notre décision au plan médical d'une part, estimant être dans l'impossibilité d'exercer toute activité professionnelle à 100 %, même adaptée, au plan économique d'autre part, considérant que le revenu sans invalidité tel que nous l'avons déterminé est erroné.

Au plan médical, notre position reposait principalement sur l'avis du Service médical régional de l'AI (SMR), auprès duquel vous avez été soumis à un examen clinique rhumatologique en date du 5 septembre 2005. (...)

En l'occurrence, le rapport d'examen du SMR a été établi par un médecin spécialiste en médecine physique et de rééducation, en pleine connaissance de l'anamnèse, au terme d'un examen clinique complet et il tient compte de vos plaintes. (...)

En outre, la F. \_\_\_\_\_, sur la base d'examens approfondis pratiqués par la G. \_\_\_\_\_ à Sion et des examens cliniques de son médecin d'arrondissement, parvient à une conclusion identique, conclusion qui l'a amenée à cesser le versement de toute prestation en votre faveur à partir du 28 février 2003 (...).

En indiquant dans leurs rapports respectifs une capacité de travail de 50 %, le Dr S. \_\_\_\_\_, médecin traitant et la Dresse Q. \_\_\_\_\_, médecin à l'Hôpital Y. \_\_\_\_\_ à Lausanne, ne viennent en réalité pas contredire l'appréciation du SMR dès lors que tous deux se prononcent sur votre capacité de travail dans votre activité de serrurier, qu'ils considèrent suffisamment aménagée à votre atteinte par vos collègues de travail. Ils ne se prononcent pas à proprement parler sur votre capacité de travail dans une activité parfaitement adaptée.

A ce stade, force est d'admettre que nous vous avons (sic), à juste titre, considéré dans la décision querellée qu'une pleine capacité de travail dans une activité adéquate était exigible de votre part.

Au cours de l'instruction de votre opposition, il est apparu qu'en date du 17 décembre 2005, vous avez été victime d'un second accident. Une fracture du poignet droit a été diagnostiquée. La F. \_\_\_\_\_ a pris en charge ce sinistre, elle a investigué de manière approfondie sur la nature de la fracture et a mis en œuvre une thérapie rééducative intensive pour laquelle vous avez été adressé à la G. \_\_\_\_\_ à Sion.

Par décision du 16 juillet 2007, (...), la F. \_\_\_\_\_ vous a reconnu le droit à une rente d'invalidité de 34 % à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2007. (...)

L'appréciation de la F. \_\_\_\_\_ étant le résultat d'investigations médicales complètes et approfondies, effectuées par des médecins

spécialisés en réadaptation, nous n'avons aucune raison de nous en écarter.

Il convient tout de même de relever que la F.\_\_\_\_\_ a apprécié votre capacité de travail résiduelle, tenant compte de votre atteinte au poignet exclusivement. Nous avons dès lors une nouvelle fois soumis votre dossier à l'appréciation du SMR, afin de déterminer votre capacité de travail résiduelle et vos limitations fonctionnelles en tenant compte de l'entier de votre symptomatologie.

(...) Il conclut à une capacité de travail résiduelle de 80 à 90 % dans une activité adaptée et de 100 % dans une activité parfaitement adaptée, telle que de contrôle ou de surveillance. (...)

Compte tenu de ce qui précède, nous considérons que l'exercice d'une activité professionnelle à un taux de 100 % reste exigible de votre part.

En outre, vous ne sauriez vous prévaloir de la décision de l'Office régional de placement (ORP), vous déclarant inapte au placement, car d'une part cette dernière se limite en substance à déclarer que la recherche d'un emploi adapté est rendu difficile par votre état de santé, d'autre part elle ne procède qu'à un examen sommaire de quelques pièces médicales figurant à votre dossier.

(...)

Vos critiques portent également sur le montant de votre revenu sans invalidité, tel qu'il figure dans la décision du 10 mai 2006. Ce montant a été déterminé sur la base d'une lettre du 6 janvier 2003 de votre employeur de l'époque, R.\_\_\_\_\_, vous communiquant votre salaire pour 2003. Il y est expressément indiqué que vous auriez pu prétendre en 2002, année d'ouverture éventuelle du droit à la rente, à un revenu mensuel, arrondi, de Fr. 6'060.-. Cela correspond effectivement à un revenu annuel de Fr. 78'780.- (6'060 x 13).

Considérant par ailleurs que votre accident de décembre 2005 n'a pas eu de répercussion sur votre capacité de travail exigible et que les types de postes adaptés à état de santé (sic) présent restent semblables à ceux définis en relation avec votre première atteinte (...), nous pouvons en déduire que votre préjudice économique correspond toujours à un degré d'invalidité de 34.87 %, insuffisant pour vous ouvrir le droit à une rente.

(...)"

**B.** Par acte du 3 mars 2008, B.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision sur opposition de l'OAI du 31 janvier 2008, en concluant, avec suite de frais et dépens, à l'annulation, subsidiairement à la réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est accordée dès le 19 octobre 2003.

Par réponse du 26 mai 2003, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Dans le délai imparti à cet effet, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et orthopédique visant à déterminer la capacité de gain eu égard aux séquelles résultant des deux accidents subis le 19 octobre 2001 et le 17 décembre 2005.

Lors de l'audience d'instruction du 14 janvier 2009, le recourant a confirmé sa conclusion principale tendant à l'octroi d'une rente et déclaré qu'il conclut également à l'octroi de mesures professionnelles. L'intimé a déclaré être disposé à examiner l'octroi de mesures professionnelles, mais en regard d'un taux d'activité de 100 %.

**C.** Le 12 novembre 2009, les Drs C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie du Bureau W.\_\_\_\_\_, (ci-après : W.\_\_\_\_\_), ont déposé le rapport d'expertise pluridisciplinaire mis en œuvre le 3 juin 2009 par le juge instructeur. Il ressort de ce rapport notamment ce qui suit :

"(...)

#### **A.4 DISCUSSION**

(...)

#### **ASPECT SOMATIQUE**

M. B.\_\_\_\_\_ présente des lombalgies communes et des douleurs post-traumatiques du poignet droit.

Si **au plan rachidien**, le substrat pathologique radio-clinique est faible, il est discrètement évolutif au fil du temps radiologiquement. Il y a eu décompensation passagère de la situation des suites d'une contusion survenue en 2001, avec un statu quo rétabli à 18 mois de l'accident.

Actuellement le patient est mieux conditionné que ce que décrivait la Dresse Q.\_\_\_\_\_, ses indices de mobilité rachidiens sont un peu améliorés mais persistent des raideurs des muscles des chaînes postérieures, de la ceinture pelvienne et des membres inférieures, raideur musculaire qui risque de s'accroître au fil des ans, et qu'il faudrait compenser par des programmes de stretching (étirements)

réguliers soit à un fitness soit chez un physiothérapeute. Au plan radiologique, il existe une discrète aggravation des lésions compatibles avec le vieillissement. (...) Ces atteintes justifient toutefois le maintien des limitations fonctionnelles établies antérieurement.

**Au plan radio-carpien**, nous constatons une bonne corrélation radio-clinique avec une arthrose post-traumatique du carpe d'importance moyenne, justifiant des limitations fonctionnelles additionnelles au problème rachidien. La situation est stationnaire par rapport au bilan final établi par le Dr L. \_\_\_\_\_ pour la F. \_\_\_\_\_ le 20.04.2007 au plan articulaire, en dépit d'un nouveau choc survenu au niveau du carpe à la fin de l'année 2008 avec nouvelle fissure attestée guérie par le médecin traitant en février 2009. L'évolution montre une amélioration au plan fonctionnel, l'expertisé ayant récupéré une meilleure force de préhension que lors de l'examen du Dr L. \_\_\_\_\_ et sa musculature intrinsèque de la main a passablement récupéré.

L'activité de serrurier est la meilleure possible à 50% selon la décision de l'expertisé, qui a l'aval de son patron, comme l'attestait la Dresse Q. \_\_\_\_\_. M. B. \_\_\_\_\_ n'est pas plus décidé qu'antérieurement à accepter une orientation professionnelle différente. Elle serait exigible théoriquement en plein dans une activité totalement adaptée, je m'accorde dans ce sens aux conclusions du rapport de la Dresse Q. \_\_\_\_\_ (25.08.2003). Par ailleurs, une activité totalement adaptée aux handicaps serait plus adéquate sur le plan de l'arthrose du carpe droit et sur le plan rachidien car elle serait moins arthrogène à terme. (...)

### **ASPECT PSYCHIATRIQUE**

Sur le plan psychique, les quelques éléments sémiologiques n'atteignent pas le seuil clinique (diminution de la libido, troubles de l'attention) ou sont secondaires à des phénomènes douloureux (trouble du sommeil). Il n'y a donc pas suffisamment d'éléments pour retenir l'existence d'un trouble clinique ayant valeur de maladie.

(...) Il est probable que les capacités d'adaptation de l'expertisé sont limitées. Son insertion actuelle (activité à 50% dans une entreprise où il travaille depuis de très nombreuses années lui est devenue très familière et où il est manifestement apprécié) est peut-être optimale. Les limites en français écrit représentent un obstacle supplémentaire à une réadaptation. Si une réadaptation devait être mise en place, il y aurait lieu d'être attentif à l'évolution de l'état psychique (risque de réaction anxiodépressive) et, si nécessaire, proposer à l'expertisé une évaluation spécialisée (psychiatrique).

### **Diagnostic**

Il n'y a pas d'atteinte psychique atteignant le degré clinique.

(...)

## **A.5. DIAGNOSTICS**

### **A.5.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :**

ARTHROSE POST-TRAUMATIQUE DU CARPE DROIT (M19.8) SUR LE STATUS APRÈS :

- FRACTURE MULTIFRAGMENTAIRE INTRA-ARTICULAIRE DU RADIUS DISTAL DROIT ET FRACTURE STYLOÏDE CUBITALE A DROITE (T92.2)
- REDUCTION EMBROCHAGE ET DECOMPRESSION DU NERF MEDIAN EN URGENCE LE 17.12.2005 (Z98.8)
- REPRISE A CIEL OUVERT LE 23.12.2005 (Z98.8)
- ABLATION DU MATERIEL D'OSTEOSYNTHESE ET DECOMPRESSION DU NERF MEDIAN LE 01.03.2006 (Z98.8) AVEC DISCRETS SIGNES DEFICITAIRES SENSITIFS DANS CE TERRITOIRE
- STATUS APRES FISSURE DU CARPE SANS NOUVELLE SEQUELLE OBJECTIVE (3.11.2008)

LOMBALGIES CHRONIQUES(M54.5) SUR DISCRETS TROUBLES STATIQUES ET DEGENERATIFS RACHIDIENS ASSOCIES A DES DYSPLASIES DES ARCS POSTERIEURS DES PREMIERES VERTEBRES SACREES

(...)

## **B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL**

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

Au plan physique

Limitations fonctionnelles :

- Membre supérieur droit : éviter les activités répétitives, en force, ou avec vibration du membre supérieur droit. Eviter les activités fines nécessitant de la dextérité. Eviter le port répétitif de charge avec la main droite de plus de 5 kg. Nous nous écartons un peu sur ce point de l'appréciation du Dr M. \_\_\_\_\_ qui mettait la limitation à 2 kg car la situation de la main s'est améliorée depuis le bilan final F. \_\_\_\_\_ (20.04.2007), la force de préhension est meilleure, il y a eu récupération motrice prouvée à l'EMG, il y a eu récupération de l'amyotrophie de la musculature intrinsèque de la main, des traces d'utilisation sont assez symétriques actuellement entre les deux mains, la force de préhension au Jamar est nettement meilleure.
- Rachis : permettre les alternances de position pour le tronc au-delà d'une heure trente à 2 heures de travail, permettre un mouvement de mobilisation du tronc et des étirements au-delà d'une heure de travail, éviter les mouvements en porte-à-faux, éviter le travail en hauteur ou en bas, le forçant à une hyperextension du tronc ou à se pencher, éviter les charges répétitives supérieures à 10 kg.

Au plan psychique et mental

Pas de limitation retenue.

(...)



2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? si oui, dans quelle mesure (heures par jour)

Au plan physique

Non, il est suggéré une activité adaptée. Mais, M. B. \_\_\_\_\_ semble avoir trouvé un accord avec son patron pour que son ancienne activité soit allégée, il serait du reste payé à 50% pour cette raison. Force est d'admettre qu'il a récupéré une meilleure force, un meilleur tropisme musculaire au cours des deux dernières années tant au plan rachidien qu'au plan du bras et de la main droite. Il souhaite maintenir son travail de la sorte.

Au plan psychique

Question sans objet.

2.4 Y a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Au plan physique

Non, pas dans une activité adaptée. Dans l'activité qu'il exerce à 50%, selon le descriptif qu'il donne du poste de travail, il faut admettre cette baisse de rendement à 50%.

Au plan psychique

Question sans objet.

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

Au plan physique

2001-2002 pour le dos.

Au plan psychique

Il n'y a pas d'incapacité documentée pour motif psychique.

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

Au plan physique

Ne souhaitant pas de réadaptation, M. B. \_\_\_\_\_ a repris son ancienne activité à 50% en 2002. En août 2002, la Dresse Q. \_\_\_\_\_ retenait que son patient était resté passif, n'ayant pas pris conscience qu'il devait entretenir sa musculature, n'ayant pas changé ses habitudes de vie, et qu'à son sens c'était la seule raison pour laquelle il n'était pas apte à assumer à ce moment-là son travail à 100%. A notre sens, les mesures d'un reconditionnement étaient exigibles à ce moment-là, alors que la problématique lombaire était seule en cause. Elle confirmait ce 50% dans son activité de serrurier dans ses certificats ultérieurs, notamment en mars 2005 où elle estimait que dans ce cadre, l'aménagement professionnel correspondait à son état de santé. A partir du moment où le SMR reconnaît cette IT partielle mais suggère une exigibilité de 100% dans une activité adaptée, M. B. \_\_\_\_\_ fait valoir qu'il ne pourrait pas avoir un rendement de 100% même dans une activité adaptée. Un litige asséculo-logique a perduré.

Il faut admettre une IT totale temporaire en relation avec la fracture du radius et du cubitus, survenue en décembre 2005, compliquée,

multifracturaire, avec syndrome compressif du nerf médian, ayant nécessité une prise en charge spécialisée à la Clinique [...]. Cette IT totale temporaire est justifiée dans son activité de serrurier jusqu'au bilan final médical de la F. \_\_\_\_\_ en avril 2007, incluant l'accident ultérieur de novembre 2008. Il n'y a pas de modification notoire à retenir depuis le bilan final F. \_\_\_\_\_ si ce n'est qu'avec la reprise d'activité des phénomènes d'accoutumance et d'adaptation ont prévalu et lui ont permis de maintenir son 50% de rendement dans son travail de serrurier. Actuellement les phénomènes d'amyotrophie et de sous-utilisation de la main ne sont plus aussi évidents qu'en avril 2007. La sévérité des lésions radiologiques arthrosiques secondaires justifie cependant que les limitations fonctionnelles soient maintenues.

(...)"

Dans l'avis médical du 26 novembre 2009, le SMR estime que l'expertise du W. \_\_\_\_\_ confirme en tous points ses conclusions et que les limitations fonctionnelles détaillées sont correctement décrites. Il relève toutefois que s'ajoute une incapacité de travail totale limitée dans le temps en relation avec la fracture du poignet de décembre 2005 à avril 2007. Il conclut que l'expertise est médicalement probante et qu'il n'y a pas de raisons de s'écarter de ses conclusions.

Dans ses déterminations du 10 décembre 2009, l'OAI relève notamment ce qui suit :

"(...)

Nous constatons que les experts expliquent de manière convaincante dans leur rapport d'expertise précité les raisons pour lesquelles il convient d'admettre que l'assuré présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cette expertise bénéficie à notre sens d'une pleine valeur probante (cf. également les avis médicaux du Service médical régional de l'AI des 26 novembre et 3 décembre 2009). Nous adhérons par conséquent à ses conclusions.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que la capacité de travail du recourant est de 100% dans une activité adaptée à son état de santé.

Il convient cependant de relever que les médecins du W. \_\_\_\_\_ retiennent dans leur rapport d'expertise médicale susmentionné que l'intéressé a présenté une incapacité de travail totale depuis le mois de décembre 2005 jusqu'au mois d'avril 2007. Aussi, il y a lieu d'admettre que le recourant a droit à un quart de rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006 jusqu'au 31 mars 2006, puis à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> avril 2006 jusqu'au 31 juillet 2007.

En effet, il est à rappeler que le taux d'invalidité de l'intéressé a été fixé à 35% dans la décision attaquée, et il convient ainsi de procéder au calcul de l'invalidité moyenne (le droit à une rente est ouvert à partir du moment où l'assuré a présenté une incapacité de travail moyenne de 40% au moins pendant une année).

En l'espèce, avec onze mois à 35% et un mois à 100%, nous arrivons à une invalidité moyenne de 40,40% sur douze mois. Le droit à un quart de rente prend donc naissance le 1<sup>er</sup> janvier 2006.

Ce quart de rente sera ensuite remplacé par une rente entière après trois mois (article 88a al. 2 du Règlement sur l'assurance-invalidité(RAI)), soit dès le 1<sup>er</sup> avril 2006 jusqu'au 31 juillet 2007 (soit trois mois après l'amélioration de son état de santé, conformément à l'article 88a al. 1 RAI).

Nous proposons dès lors l'admission partielle du recours dans le sens de ce qui précède. Nous confirmons notre décision sur opposition du 31 janvier 2008 pour le surplus.

(...)"

Par écriture du 15 février 2010, le recourant a indiqué qu'il contestait les conclusions du W.\_\_\_\_\_. Il relève toutefois que le rapport d'expertise décrit de manière relativement détaillée ses douleurs, et confirme les lombalgies communes et les douleurs post-traumatiques du poignet droit en précisant que les lésions constatées en 2007 se sont encore aggravées. Le recourant fait valoir que la combinaison des limitations fonctionnelles telles qu'elles ressortent du rapport d'expertise sont extrêmement invalidantes et ne permettent pas une activité professionnelle même dans une activité du type de celle décrite dans les rapports médicaux de l'AI. De même, le recourant soutient que ses capacités d'adaptation limitées du point de vue psychique ainsi que sa faible maîtrise du français écrite constituent une autre limitation aux mesures de réadaptation envisagées ainsi qu'à toute activité professionnelle que l'on pourrait exiger de sa part. En conclusion, le recourant reconnaît toutefois que le raisonnement de l'OAI, sur la base de l'incapacité de travail à 100% constatée dans le rapport d'expertise pour la période de décembre 2005 à avril 2007, est parfaitement exact, de sorte qu'il a droit à un quart de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 2006 puis à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> avril 2006 jusqu'au 31 juillet 2007.

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

**1. a)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

**b)** A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), en vigueur dès le 1er janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités de justice administrative à l'entrée en vigueur de ladite loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

En vertu de l'art. 83c LOJV (loi vaudoise d'organisation judiciaire; RSV 173.01), lorsqu'elle statue, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est en principe composée de trois magistrats. L'art. 83c al. 2 LOJV réserve toutefois l'art. 94 LPA-VD, disposition prévoyant, dans le domaine des assurances sociales, qu'un membre du Tribunal cantonal statue en tant que juge unique sur les recours dont la valeur litigieuse n'excède pas 30'000 fr. et sur ceux interjetés contre un prononcé d'amende (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

Sur la base des travaux préparatoires de la LPA-VD (EMPL LPA-VD, p. 46/47), la question de la valeur litigieuse ne se pose pas lorsqu'est litigieux l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, le seuil de 30'000 fr. étant présumé dépassé dans tous les cas.

En l'espèce, dès lors que le recours porte sur le maintien d'une rente complète d'invalidité au-delà du 30 juin 2004, la cause est de la compétence de la cour, composée de trois magistrats.

**2.** La demande de révision de la rente AI a été déposée le 20 mai 2003, la décision sur opposition rendue le 31 janvier 2008 et le recours tend à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 19 octobre 2003.

La LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ayant subi deux révisions depuis 2002 et la LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et par conséquent de l'assurance-invalidité, il convient de déterminer quel est le droit matériel applicable au présent cas.

Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445). Le juge n'a toutefois pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2), en l'occurrence le 17 mars 2008.

Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI, consécutives à la 4<sup>ème</sup> révision, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 et pour la suite au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5<sup>ème</sup> révision de cette loi, entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelque soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

**3.** 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, 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.

**4. a)** En vertu de l'art. 28 LAI dans sa version en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

Le taux d'invalidité est, pour ce qui est des assurés actifs, une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, à savoir les gains hypothétiques prévus à l'art. 16 LPGA; les revenus chiffrés sont comparés et le taux d'invalidité issu de cette comparaison est exprimé en pour-cent.

**b)** D'après l'art. 16 LPGA, 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.

Le marché équilibré du travail selon l'art. 16 LPGA est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 110 V 273, consid. 4b, p. 276; VSI 1998 pp. 293 ss, consid. 3b, p. 296 [I 198/97]; RCC 1991 pp. 329 ss, consid. 3b, p. 332; cf. ATF 130 V 343, consid. 3.2, p. 346).

Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente (ATF 129 V 222, p. 224 consid. 4.3.1; RAMA 1993 no 168 p. 101 consid. 3b.) Il faut établir, au degré de vraisemblance prépondérant, le revenu hypothétique réel sans invalidité (RAMA 2000 U 400 p. 381 et réf.) soit le revenu hypothétique le plus concret possible, sur la base du dernier salaire sans invalidité avec réadaptation à l'évolution des salaires (Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, pp. 205-206).

De jurisprudence constante, le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 75, consid. 3b/aa, p. 76). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé

- soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant des ESS publiées par l'Office fédéral de la statistique. Dans ce cas, l'on réduira le montant des salaires ressortant de ces données en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidé, tels que le handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation, susceptibles de limiter ses perspectives salariales. On procédera alors à une évaluation globale des effets de ces empêchements sur le revenu d'invalidé, étant précisé que la jurisprudence n'admet pas de déduction supérieure à 25 % (ATF 126 V 75, consid. 3b/aa et bb et 5a).

**5. a)** Le recourant conclut à l'octroi d'une rentière entière dès le 19 octobre 2003. Il convient donc d'examiner s'il souffre d'affections invalidantes, quelles sont les limitations fonctionnelles qu'elles entraînent ainsi que leur incidence sur sa capacité de travail, puis de déterminer la perte de gain en résultant.

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être limité par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de statuer sur les prétentions litigieuses (ATF 125 V 351 consid. 3a).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a précité).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci 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 permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TF I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

S'il existe des avis contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

En résumé, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a

précité; 122 V 157 consid. 1c et les références; TF 9C\_113/2008 du 11 novembre 2008 consid. 4.2).

**c)** En l'espèce, il n'est pas douteux que le rapport d'expertise bidisciplinaire du W.\_\_\_\_\_ du 12 novembre 2009 a pleine valeur probante. Il repose sur une anamnèse et des examens cliniques complets, décrit de façon détaillée les plaintes exprimées par le recourant et les limitations fonctionnelles qui ont été objectivement constatées et expose de façon convaincante les conclusions auxquelles aboutissent les experts. Au demeurant, on relève que, loin de contredire les autres avis médicaux figurant au dossier, cette expertise confirme leurs constats, en les complétant de façon judicieuse. Cela étant, la cour de céans fait siennes les constatations et les conclusions médicales du rapport d'expertise précité.

Il reste à déterminer les prestations auxquelles le recourant peut prétendre.

**6. a)** Se fondant sur l'appréciation médicale telle qu'exprimée par les experts dans leur rapport, recourant et OAI s'accordent pour admettre qu'à la suite de son accident du 17 décembre 2005 lors duquel il s'est sévèrement blessé au poignet droit, le recourant a subi une totale incapacité de travail de décembre 2005 à avril 2007 et qu'il a par conséquent droit à un quart de rente du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 31 mars 2006, puis à une rente complète du 1<sup>er</sup> avril 2006 au 31 juillet 2007. Les considérations médicales des experts étant convaincantes pour les motifs qui ont été exposés au considérant 5c) ci-dessus, la cour de céans rejoint l'OAI dans ses explications quant au calcul du degré d'invalidité du recourant pour la période considérée.

**b)** Le recourant se distancie toutefois des conclusions des experts sur la question de sa capacité de travail effective depuis le mois d'avril 2007. Il estime qu'il ne dispose plus de la capacité de travail que les experts lui prêtent, même dans une activité adaptée, en faisant valoir que

si l'on ajoute à la combinaison des limitations fonctionnelles extrêmement invalidantes dont il souffre au rachis et au poignet droit les difficultés d'adaptation qu'il présente, tant sur le plan psychique que sur le plan de la maîtrise et/ou de l'apprentissage de la langue française, on doit considérer que sa réadaptation n'est pas possible, partant qu'il a droit à une rente AI complète.

Les arguments du recourant pour faire reconnaître son droit à une rente entière d'invalidité ne sont pas pertinents. En matière d'assurance-invalidité, la capacité de travail relève de l'appréciation médicale uniquement. Or, si l'on se réfère aux conclusions des experts, on constate d'une part que l'état de santé global du recourant s'est amélioré depuis le mois d'avril 2007, date du rapport final F.\_\_\_\_\_. En ce qui concerne le poignet droit, les experts expliquent qu'il y a une amélioration au plan fonctionnel, le recourant ayant recouvré une meilleure force de préhension. Sur ce plan, la prohibition de port de charge a d'ailleurs pu être ramené à 5 kg pour 2 kg antérieurement (cf. rapport, p. 41 et 44). En ce qui concerne le rachis, se référant aux considérations émises en août 2002 par la Dresse Q.\_\_\_\_\_, les experts confirment l'avis de ce spécialiste qui estimait alors que son patient était resté passif, n'ayant pas pris conscience qu'il devait entretenir sa musculature, n'ayant pas changé ses habitudes de vie, et qu'à son sens c'était la seule raison pour laquelle il n'était pas apte à assumer à ce moment-là son travail à 100 %. Ils estiment en effet que "les mesures d'un reconditionnement étaient exigibles à ce moment-là, alors que la problématique lombaire était seule en cause" (cf. rapport, p. 46). Quant à l'évolution ultérieure des problèmes rachidiens, les experts considèrent que le recourant est "actuellement (...) mieux conditionné que ce que décrivait la Dresse Q.\_\_\_\_\_". Ils relèvent que ses indices de mobilité rachidiens se sont un peu améliorés, admettent que des raideurs des muscles des chaînes postérieures, de la ceinture pelvienne et des membres inférieures persistent, tout en relevant que cette raideur musculaire risque de s'accroître au fil des ans, et qu'il faudrait la compenser par des programmes de stretching (étirements) réguliers soit à un fitness soit chez un physiothérapeute (cf. rapport p. 41). En définitive, les experts considèrent que si, au plan radiologique, il existe

une discrète aggravation des lésions compatibles avec le vieillissement, ces atteintes justifient toutefois le maintien des limitations fonctionnelles établies antérieurement. Quant à la limitation supplémentaire que constitueraient selon le recourant ses difficultés d'adaptation, on relève que les experts ont clairement indiqué que le recourant ne souffre d'aucun trouble psychique susceptible d'avoir des répercussions sur sa capacité de travail. Tout au plus, peut-on déduire de leurs indications que la phase d'adaptation à une nouvelle activité pourrait entraîner pour le recourant l'émergence d'un trouble anxiodépressif pour lequel il conviendrait, le cas échéant, de proposer une évaluation, voire un traitement. Il n'est en aucun cas question d'une limitation en raison d'un trouble psychique, de sorte que l'argument du recourant à cet égard est lui aussi dénué de pertinence.

Cela étant, il y a lieu de s'en tenir aux constats des experts tant en ce qui concerne l'état de santé global du recourant que les limitations fonctionnelles qu'il présente, pour lesquels ils ont retenu, hormis la période de décembre 2005 à avril 2007, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

En définitive, se fondant sur les conclusions motivées et convaincantes des experts ainsi que sur l'argumentation juridique correcte développée par l'OAI dans ses déterminations du 10 décembre 2009, la cour de céans retient une incapacité de travail temporaire totale de décembre 2005 à avril 2007 justifiant la réforme partielle de la décision entreprise en sens que le recourant a droit à une rente temporaire d'un quart du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 31 mars 2006 et à une rente temporaire entière du 1<sup>er</sup> avril 2006 au 31 juillet 2007. Les conclusions du recours sont rejetées pour le surplus.

**7.** L'admission partielle du recours a pour conséquence l'allocation de dépens réduits au recourant, qu'il convient d'arrêter à 1'000 fr. (art. 61 let. g LPGA, 56 al. 2 LPA-VD).

Il n'est pas perçu de frais de justice (art. 50 et 52 LPA-VD).

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

- I. Le recours est partiellement admis.
  
- II. La décision rendue le 31 janvier 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que B.\_\_\_\_\_ a droit à un quart de rente du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 31 mars 2006, puis à une rente entière du 1<sup>er</sup> avril 2006 au 31 juillet 2007.
  
- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B.\_\_\_\_\_ la somme de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.
  
- IV. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

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

par l'envoi de photocopies.

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 :