

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 novembre 2010

---

Présidence de M. NEU  
Juges : M. Jomini et Mme Lanz Pleines  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.**\_\_\_\_\_, à Bex, recourant, représenté par Me Jean-Pierre Bloch, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 16 LPGA; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI**

**E n f a i t :**

**A.**        **a)** W.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1968, originaire du Kosovo, mécanicien de formation, travaillait depuis le 2 janvier 1991 en tant qu'aide-ferblantier au service de l'entreprise X.\_\_\_\_\_ SA à Q.\_\_\_\_\_. Le 13 avril 1992, sur un chantier, il a fait une chute de trois mètres d'un toit, en voulant prendre l'échelle pour en descendre. L'assuré a subi un traumatisme crânio-cérébral avec commotion cérébrale, des contusions multiples et une fracture intra-articulaire de la base du 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> métacarpien de la main droite dominante. Le traitement de ces fractures a été conservateur par immobilisation, suivi par un traitement de physiothérapie intensive. Malgré ces mesures, la mobilité de la main droite ne s'est guère améliorée et une algoneurodystrophie a été suspectée. Un état anxio-dépressif s'est par ailleurs développé ainsi qu'un syndrome psycho-organique post-traumatique chez une personnalité borderline. Le traitement psychiatrique entrepris a été interrompu par l'assuré en septembre 1993 et ce dernier ne l'a pas poursuivi. L'incapacité de travail a été totale dès le 13 avril 1992. L'assuré a repris le travail à 25% le 17 novembre 1992 et l'a interrompu le 24 novembre 1992, avant d'être derechef mis en incapacité totale de travail, en raison d'un état inflammatoire important et de troubles de la sensibilité.

Le cas a été annoncé à l'assureur-accidents le 15 avril 1992.

Dans une appréciation médicale du 3 décembre 1993, le médecin d'arrondissement de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA) de Sion a relevé ce qui suit:

"L'assuré n'utilise pas la main droite. Il peut se déplacer, marcher en terrain plat ou irrégulier, rester debout et monter ou descendre les escaliers normalement. Il ne peut pas monter sur des échelles. Avec la main gauche, il peut soulever des poids normaux, sans l'aide de la main droite. La main gauche a une fonction normale et la main droite est exclue. Il peut effectuer un travail avec horaire régulier, de jour [et] de nuit.

Sa formation de base était celle de mécanicien dans un garage, profession qu'il ne peut pas effectuer. Il peut effectuer des travaux

de surveillance. Il peut se déplacer mais ne peut pas porter d'objets nécessitant les deux mains. Il peut s'occuper de représentation, travailler dans un magasin, s'occuper de contrôle et donner des informations".

**b)** Le 11 septembre 1993, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI).

Dans un questionnaire adressé par l'OAI à X.\_\_\_\_\_ SA, complété le 19 novembre 1993, l'employeur a indiqué que, sans atteinte à la santé, l'assuré gagnerait 20 fr. 10 à l'heure, à quoi s'ajoutaient 8,33% de gratifications et 11% d'indemnités de vacances.

Dans un rapport médical du 24 novembre 1993 adressé à l'OAI, le Dr N.\_\_\_\_\_, de la Clinique B.\_\_\_\_\_, a posé les diagnostics de status après traumatisme crânio-cérébral, status après fracture intra-articulaire des bases métacarpiennes II et III à droite avec consolidation vicieuse, d'ankylose MP II à V en rectitude et de status après capsulotomie MP. Dans l'activité d'aide-ferblantier, l'incapacité de travail était totale depuis le 13 avril 1992.

Dans un rapport médical des 11/13 décembre 1993 adressé à l'OAI, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin traitant et spécialiste FMH en médecine interne, a posé les diagnostics de status après traumatisme crânio-cérébral, fractures des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> métacarpiens droits, contusions de la mandibule droite et de la hanche droite le 13 avril 1992, status après algoneuro-dystrophie secondaire de la main droite, état anxio-dépressif et syndrome psycho-organique post-traumatique chez une personnalité borderline. Il a considéré que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et a retenu une incapacité de travail totale dans la profession antérieure dès le 13 avril 1992.

Dans un rapport du 16 août 1994 de l'Office régional de réadaptation professionnelle du canton de Vaud adressé à l'OAI, était notamment mentionné l'intérêt de l'assuré pour des petits travaux de mécanique, si possible dans le domaine automobile (pompes à injection et

boîtes à vitesses sont citées à plusieurs reprises par l'assuré), ou pour un travail dans l'électricité auto. Il était en outre relevé que lors des quelques tentatives précédentes de reprise de travail chez X. \_\_\_\_\_ SA, il avait trop exigé de lui-même, acceptant mal ses limitations, et avait dû s'interrompre après une demi-journée, tant sa main droite enflait. Cette fois-ci, il était encouragé à se ménager, et l'employeur eut préféré à cet égard qu'il travaillât à plein temps mais avec un rythme ralenti, plutôt qu'à mi-temps en forçant sur le rendement. Un stage d'une semaine dans un garage était prévu du 29 août au 2 septembre 1994.

Par décision des 24 octobre/7 novembre 1994, l'OAI a accordé à l'assuré dès le 1<sup>er</sup> avril 1993 une rente entière de l'assurance-invalidité, correspondant à un degré d'invalidité de 100%.

Dans une correspondance du 14 novembre 1994 adressée à l'OAI, l'Office régional de réadaptation professionnelle du canton de Vaud a confirmé que l'assuré avait effectué un stage d'essai d'une semaine dans un garage. Cet employeur avait soumis l'assuré au test préalable à l'apprentissage de réparateur en automobiles et le niveau scolaire s'était révélé catastrophique. Quant au rendement, il était de 35 à 40%, l'entreprise n'ayant pu envisager de le garder en emploi, même à titre occupationnel, compte tenu de la réduction de personnel en cours. Par ailleurs, l'assuré eut pu reprendre une activité occupationnelle auprès de son ancien employeur; or, il ne s'était même pas présenté à l'entreprise, sous prétexte qu'il eut dû de nouveau monter sur des toits; il avait ainsi confirmé son manque de motivation à retourner chez son ancien employeur, où les précédentes reprises du travail avaient été mal vécues. Selon son médecin traitant, la capacité résiduelle de travail de l'assuré serait passablement affectée par un problème psychologique; l'intéressé aurait en quelque sorte fait le deuil de sa main. Le médecin est toutefois d'avis qu'il lui serait possible de conduire un véhicule, même non automatique. Dès lors que l'assuré ne se montre pas intéressé par un emploi dans un milieu protégé, le maintien des prestations financières octroyées actuellement est proposé.

Par décision du 29 mars 1995, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 40% dès le 1<sup>er</sup> janvier 1995, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25%. Le 23 février 1996, la rente a été portée à 50% dès la même date.

**c)** Dans le cadre de la révision de la rente, l'assuré a indiqué le 19 août 1998 qu'il travaillait à temps partiel pour le compte du garage [...]. Répondant à un questionnaire adressé par l'OAI, cet employeur a fait savoir le 7 septembre 1998 que l'intéressé travaillait à son service depuis le 1<sup>er</sup> décembre 1997 en tant que mécanicien pour un salaire brut de 900 fr. par année, à raison de 4 heures de travail par jour, soit 20 heures par semaine.

Dans un rapport intermédiaire du 18 janvier 2000 adressé à l'OAI, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de céphalées, douleurs de la main droite résiduelle, status après traumatisme crânio-cérébral, fractures du 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> métacarpiens droits, contusions multiples le 13 avril 1992 et status après algoneuro-dystrophie secondaire de la main droite. Il a relevé que la mobilisation de la main droite était diminuée, avec diminution de la flexion et forte diminution de l'extension, mais qu'il n'y avait pas de signe d'atteinte cutanée ni d'œdème. Il a précisé qu'il n'avait plus revu le patient depuis le 24 août 1994, celui-ci l'ayant assuré n'avoir plus vu aucun médecin durant ces dernières années. Il a estimé qu'un examen médical complémentaire était indiqué et a recommandé à l'assuré de se choisir un médecin de famille.

Dans un avis médical du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR) du 16 juillet 2001, la Dresse C.\_\_\_\_\_ a suggéré la mise en œuvre d'une expertise auprès de la Clinique K.\_\_\_\_\_. Convoqué pour une expertise pluridisciplinaire le 12 novembre 2001, l'assuré ne s'y est pas présenté.

Le 6 décembre 2001, l'OAI a adressé à l'assuré la lettre suivante en pli recommandé:

"Révision de votre dossier

Monsieur,

Vous êtes au bénéfice de prestations de l'assurance-invalidité. Actuellement, nous devons procéder à la révision de celles-ci. C'est la raison pour laquelle vous deviez vous présenter auprès de la Clinique K.\_\_\_\_\_ à [...], le 12 novembre 2001, mais vous n'avez pas donné suite à ce rendez-vous.

Selon:

L'article 10 LAI, 2<sup>ème</sup> alinéa, énonce que l'ayant droit a le devoir de faciliter toutes les mesures prises en vue de sa réadaptation à la vie professionnelle. L'assurance peut suspendre ses prestations si l'ayant droit entrave ou empêche la réadaptation.

L'article 31, premier alinéa, LAI, stipule que si l'assuré se soustrait ou s'oppose à une mesure de réadaptation ordonnée à laquelle on peut raisonnablement exiger qu'il se soumette et dont on peut attendre une amélioration notable de sa capacité de gain, ou s'il ne tente pas d'améliorer celle-ci de sa propre initiative alors qu'il le pourrait normalement, l'assurance lui enjoindra de participer à sa réadaptation en lui impartissant un délai convenable et en l'avertissant des conséquences qu'aurait sa passivité. Si l'assuré n'obtempère pas à cette mise en demeure, la rente lui sera refusée ou retirée temporairement ou définitivement.

Au vu de ce qui précède, vous voudrez bien vous présenter le 17 décembre 2001 à 9 heures auprès de notre Service médical régional AI à Vevey, dont la convocation officielle est jointe à la présente lettre.

Nous attirons votre attention que si vous ne donnez pas suite à notre requête, nous nous verrons dans l'obligation de supprimer le versement de votre rente avec effet immédiat car nous n'avons aucune preuve de votre invalidité (art. 71 RAI).

Nous espérons que vous comprendrez qu'il est dans votre intérêt de collaborer et vous présentons, Monsieur, nos salutations distinguées.

[Signature]".

L'assuré ne s'étant pas présenté au SMR le 17 décembre 2001, l'OAI a, par décision du 3 janvier 2002, supprimé son droit à la rente avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2002. Cette décision est entrée en force.

**d)** Le 14 mai 2004, W.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations AI pour adultes, sollicitant l'octroi d'une rente. Il s'est marié en 1995 et est père de deux enfants, nés respectivement en 1995 et 1997. Sous la rubrique "activités accessoires", il a indiqué exercer la profession

de mécanicien à titre indépendant. Quelques jours auparavant, l'assuré avait adressé à l'OAI par l'intermédiaire de son mandataire une déclaration écrite du 29 avril 2004, aux termes de laquelle il s'engageait à "vouloir participer activement aux mesures ordonnées par l'Office Cantonal AI, afin de déterminer [s]on droit aux prestations".

L'extrait du compte individuel AVS arrêté au 28 mai 2004 montre que l'assuré a perçu un revenu de 10'800 fr. pour l'année 2001 au service de [...]. Il n'y a plus d'inscription depuis lors.

En annexe à un courrier du 16 juin 2004 à l'OAI, le mandataire de l'assuré a joint une copie des comptes de pertes et profits pour son atelier de mécanicien, pour les années 2002 et 2003; il en ressortait un bénéfice de 6'600 fr. 10 en 2002 et de 9'078 fr. 10 en 2003.

Dans un rapport médical du 23 novembre 2004, la Dresse D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a posé les diagnostics de céphalées existant depuis avril 1992, douleurs de la main droite résiduelles existant depuis 1992, status après traumatisme crânio-cérébral le 13 avril 1992, fracture du 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> métacarpien droit, contusions multiples le 13 avril 1992 et de status après algoneurodystrophie secondaire de la main droite existant depuis 1992. Elle a indiqué avoir examiné l'assuré pour la première fois le 29 octobre 2004, en raison d'une nouvelle demande AI. Subjectivement, le patient se plaignait de céphalées avec troubles de la mémoire et d'une douleur dans la main droite déclenchée par l'utilisation répétée de cette main. Le rapport contenait encore les indications suivantes:

**"6. Constatations objectives:**

Le patient n'a été examiné que le 29 octobre 2004. Il ne désire pas de suivi médical. Au status, patient en bon état général, pesant 97 kg pour 182 cm. TA 138/92, pouls régulier à 80/min. Status cardio-pulmonaire et abdominal normaux.

Mobilisation de la main droite diminuée dans la flexion et l'extension. Diminution de la force de tous les groupes musculaires de la main. Sensibilité diminuée sur tout le membre supérieur droit depuis le coude jusqu'à la main, avec une cicatrice de brûlure de la

face antérieure radiale de l'avant-bras droit, anamnestiquement sur une brûlure de cigarette que le patient n'a pas sentie. Réflexes ostéo-tendineux symétriques aux membres supérieurs et inférieurs et status neurologiques des nerfs crâniens symétriques.

### **7. Examens médicaux spécialisés:**

Aucun nouvel examen médical spécialisé n'a été fait depuis 1994.

Actuellement le patient ne prend aucun traitement.

### **8. Thérapie**

#### a. Traitements thérapeutiques effectués

Concernant ses céphalées, un examen neurologique en juin 1994 a conclu à des céphalées atypiques et une tentative de traitement par Isoptin n'a pas montré d'amélioration. Actuellement, le patient prend occasionnellement du Dafalgan avec un effet jugé bon.

Concernant les douleurs de la main, plusieurs traitements tant chirurgicaux que physiothérapeutiques ont été entrepris et n'ont globalement pas amélioré la situation. Je vous laisse vous référer au rapport AI précédent.

#### b. L'assuré a-t-il refusé un traitement:

Actuellement, aucun traitement ne lui étant proposé, le patient ne l'a pas refusé.

#### c. Mesures thérapeutiques en cours:

Aucune mesure thérapeutique n'est en cours.

#### d. D'autres mesures thérapeutiques sont-elles prévues:

Aucune autre mesure thérapeutique n'est prévue.

### **9. Pronostic:**

La pathologie présentée depuis plus de 10 ans semble stable et tous les essais thérapeutiques entrepris n'ont pas amélioré la situation. Le patient a fini par travailler malgré son handicap comme mécanicien dans un garage, mais dit ne pas pouvoir le faire à plus de 50%. Une amélioration de cette situation semble illusoire.

### **E. Certificats d'incapacité de travail délivrés jusqu'à ce jour:**

Le patient n'ayant plus de suivi régulier au cabinet du Dr Z. \_\_\_\_\_ depuis 1994, aucun certificat d'incapacité de travail n'a été délivré depuis."

Dans une annexe au rapport médical, la Dresse D. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré ne pouvait travailler qu'à 50% dans son métier de

mécanicien dans un garage, cette profession étant encore actuellement exigible dans ces conditions. Il n'y a pas de diminution de rendement excepté le fait d'un travail à 50% et la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ne peut selon elle pas être améliorée. Il est cependant possible d'exiger que l'assuré exerce une autre activité, pour autant que celle-ci ne nécessite pas l'utilisation continuelle de sa main droite, et n'exige pas une concentration intellectuelle continue.

Répondant à l'OAI, la CNA a indiqué le 14 janvier 2005 qu'elle versait toujours une rente d'invalidité de 50% à l'assuré et qu'il n'y avait pas de révisions prévues dans le futur.

Dans un avis médical SMR du 22 septembre 2005, la Dresse C.\_\_\_\_\_ a suggéré que l'assuré soit examiné par le spécialiste en chirurgie de la main au SMR.

L'assuré a été examiné le 16 février 2006 par la Dresse R.\_\_\_\_\_, privat-docent, spécialiste FMH en chirurgie de la main. Dans son rapport du 29 mai 2006, cette praticienne a notamment considéré ce qui suit, après avoir procédé à l'anamnèse complète de l'intéressé:

### **"Status général**

Homme de 38 ans, paraissant en excellent état général. Taille 184.5 cm, poids 95 kg. Un examen général n'a pas été effectué.

Il présente des troubles de la mémoire ou un manque de collaboration, ce qui ne peut pas être précisé.

### **Status local**

Membres supérieurs: l'assuré garde son avant-bras droit posé sur la table pendant toute l'anamnèse et utilisera sa main gauche pour signer la procuration, il utilise assez peu sa main droite pour se dévêtir et se revêtir, il fait difficilement la pince entre le pouce et l'index et garde les autres doigts en extension. Il serre la main mollement. Il affirme être droitier.

Epaules: l'assuré se tient debout en position asymétrique, l'épaule droite plus basse que la gauche, on note une discrète atrophie du deltoïde droite. La mobilité est cependant proche de la norme, avec abduction 150 à D et 170 à G, élévation antérieure 150 à D et 170 à

G, sans douleur. Les rotations sont normales. La mobilité des deux coudes est complète.

[Suivent les mesures de trophicité de l'avant-bras, du poignet et de la paume sans le pouce].

A la main droite, on note une tuméfaction discrète et diffuse de la main et des doigts, avec une discoloration plus rouge, sans trouble de la sudation, sans retrait à la palpation. Les cicatrices sont à peine visibles, on note une amputation de la partie distale de P3 à l'index droit avec un résidu unguéal. A la face palmaire de l'articulation inter-phalangienne proximale du médus, on note plusieurs cicatrices souples et indolores. Les callosités sont présentes en particulier sur le pouce et l'extrémité du médus. On note une voussure osseuse à la base des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> métacarpiens avec une peau bien mobile.

Mobilité: à la main gauche la mobilité du poignet et des doigts est complète, comme l'opposition du pouce. A la main droite on note une limitation de l'extension du poignet, de l'inclinaison radiale et cubitale, la prosupination est conservée. Tous les mouvements contre résistance ou demandant un effort provoquent des douleurs localisées à la face dorsale des articulations MP 2 à 5, jamais dans la région carpo-métacarpienne. L'examen de la mobilité active des doigts est rendue très difficile, car l'assuré fait une contracture de la musculature de l'avant-bras et résiste lors des mouvements passifs.

[Suivent différentes mesures concernant les poignets et les doigts des deux mains].

La force de flexion des doigts, à la main droite, est très bonne contre résistance, même si l'amplitude est très limitée. L'opposition du pouce est cotée à 0/10 selon Kapandji, c'est-à-dire touche la phalange basale de l'index à droite, et à 10/10 à gauche. Cependant, lors d'autres tests, l'assuré fait une opposition forte et contre résistance du doigt de l'examineur. Il ne parvient cependant jamais à toucher la pulpe des autres doigts.

Neurologique: on ne déclenche aucun signe de Tinel ni aux coudes, ni aux poignets, ni dans la paume. La percussion de la cicatrice à la face palmaire de l'inter-phalangienne proximale du médus droit, provoque des fourmillements sur le dos de la main. Le nerf cubital n'est pas luxable au coude ddc, les muscles intrinsèques de la main droite ne sont pas atrophiés, mais les mouvements correspondants sont faits avec grande difficulté, l'assuré ne parvenant pas à faire une adduction des doigts à la main droite, mais faisant une excellente extension contre résistance de la phalange moyenne des doigts et une bonne abduction. Pas de signe de Froment mais grande faiblesse dans ce mouvement d'adduction. La sensibilité est dite anormale sur la totalité de la main droite et des doigts, aussi bien à la face palmaire que dorsale, mais pas du tout à l'avant-bras. A l'examen du toucher-piquer, l'assuré dit ne pas ressentir la différence à la main droite, alors qu'il la ressent bien à la main gauche, mais il sursaute tout de même si la piqûre le surprend. Il n'y a pas de discrimination des deux points à la main droite, mais une bonne discrimination à gauche à 5 mm. Il n'y a pas de trouble de la sudation. Force testée au Jamar, à gauche 32-48-32kg, à la main

droite 0, mais l'assuré parvient à tenir d'une seule main l'appareil avec le bras à l'horizontal dans le vide, en serrant la poignée.

### **Dossier radiologique**

Pas de radiographie à disposition.

### **Diagnostic**

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

- Séquelles douloureuses et fonctionnelles de fracture de la base des deuxième et troisième métacarpiens à la main droite.
- Status après algodystrophie de Südeck à la main droite.
- Status après capsulotomie MP 2 à 5 et révision des extenseurs au dos de la main droite.
- Status après traumatisme crânio-cérébral léger.

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

- Status après amputation distale de P3 à l'index droit.

### **Appréciation consensuelle du cas**

En ce qui concerne la main droite, il existe des séquelles du traumatisme et de la dystrophie de Südeck, sous la forme d'une limitation de la mobilité du poignet, des doigts et du pouce, mais dont le degré est difficile à estimer, en raison de la difficulté de collaboration de l'assuré et d'une évidente majoration. En effet, en cours d'examen, la mobilité active des doigts varie, même si elle reste toujours un peu limitée. L'absence d'une atrophie musculaire au membre supérieur droit, mis à part au niveau du deltoïde, montre que l'assuré utilise certainement plus son membre supérieur droit qu'il ne le montre pendant l'examen. L'œdème de la main est discret, les tissus sont souples à la palpation, ce qui montre que la main n'est pas laissée constamment immobile en position déclive comme c'est le cas pendant toute l'anamnèse.

### **Les limitations fonctionnelles**

Les limitations fonctionnelles concernant la main droite sont les suivantes: l'assuré ne peut pas se tenir en équilibre à l'aide de sa main droite, par exemple ne peut pas travailler sur une échelle. Il ne peut pas soulever et porter avec sa main droite des charges de plus de 20kg de façon répétitive, faire des mouvements rapides ni répétitifs ni fins avec la main droite.

### **Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?**

Depuis le 13 avril 1992.

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

100% dès le 13 avril 1992, 50% apparemment depuis 1995.

### **Capacité de travail exigible:**

Dans l'activité habituelle: 0% s'il s'agit du travail d'aide couvreur, 50% pour un travail de mécanicien.

Dans une activité adaptée: 100%, depuis janvier 2000 soit depuis l'examen du Dr Z.\_\_\_\_\_, à partir duquel il n'y a pas de modification de l'état de santé."

Dans un avis médical SMR du 8 juin 2006, la Dresse C.\_\_\_\_\_ s'est exprimée comme suit:

"2<sup>ème</sup> demande AI du 3.5.2004 pour une rente, à l'âge de 36 ans, la 1<sup>ère</sup> demande AI pour un reclassement datant du 11.9.1993. Au bénéfice d'une rente de la Suva de 40% dès le 1.1.95, muée en rente de 50% dès la même date après l'intervention d'un avocat. Au bénéfice d'une rente entière de l'AI dès le 1.4.1993 après une audition du 21.7.1994 avec révision immédiate et mandat OR. Cette rente est supprimée en février 2002 pour manque de collaboration lors de 2 révisions. Célibataire au moment de la 1<sup>ère</sup> demande, puis marié, 2 enfants, 1995, 97, manœuvre. Travaille à 50% dans un garage dès le 1.12.1997 pour un très petit salaire déclaré. Il n'est plus suivi par un médecin depuis 1994.

Au plan médical: chute de 3m le 13.4.1992, TCC léger (3 jours d'hospitalisation) et fractures 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> métacarpiens main droite, compliquée par un probable Sudeck; à noter que le Dr [...] devant un trouble de la sensibilité au pouce difficilement explicable n'exclut pas la possibilité d'une strangulation (volontaire) à l'origine; malgré un tableau clinique de douleurs, tuméfaction et raideur de la main droite inexplicable, l'assuré est opéré à la Clinique B. \_\_\_\_\_ en août 1992 sans que cette intervention n'entraîne la moindre amélioration; des céphalées sont investiguées, sans succès; lors d'un séjour de 2 mois au début 1993 à [...] on suspecte un trouble de l'adaptation posttraumatique; ce diagnostic est révisé par le Dr T.\_\_\_\_\_, psychiatre, qui note dans son rapport du 19.7.1993 un état anxio-dépressif et un syndrome psycho-organique posttraumatique chez une personnalité borderline, en principe réversible.

L'examen au SMR par le spécialiste de la main conclut à une IT de 50% comme manœuvre (à l'exclusion de couvreur) et une CT exigible de 100% dans une activité adaptée. Il note cependant des callosités à la main droite et une musculature quasi symétrique des MS. Il note également une résistance volontaire lors de certains tests et une collaboration déficiente et une évidente majoration.

Appréciation: en l'absence de suivi psychiatrique depuis 1993 et les signes de majoration de symptômes et de manque de collaboration je propose de renoncer aux MPR et de faire une approche théorique de la capacité de gain sur la base d'une CT exigible à 100%. Les LF sont à prendre avec un doute eu égard aux remarques ci-dessus:

port de charges supérieures à 20 kg de manière répétitive pour la main D, mouvements rapides et fins de la main D."

Dans un rapport final de la division administrative de l'OAI du 24 juillet 2006, il était notamment indiqué ce qui suit:

"Nous procédons à une approche théorique du gain, en nous référant à la méthode de détermination du revenu d'invalide selon l'ESS. M. W. \_\_\_\_\_ n'ayant plus travaillé à 100% depuis 1992, nous prenons en compte comme RS, le salaire dans une activité non qualifiée, selon les données de l'Office fédéral de la statistique, soit fr. 55'640.- annuel brut à plein temps en 2000, date du début de l'aptitude à la réadaptation (selon rapport SMR du 29.05.2006). Compte tenu des limitations de l'assuré et de son faible niveau de qualification, seules des activités industrielles légères sont susceptibles d'être adaptées. Les facteurs de réduction à retenir sont les limitations liées au handicap."

Etaient jointes en annexe une feuille de calcul du salaire exigible pour 2000, soit 50'075 fr. 98, et une feuille de calcul du salaire exigible pour 2004, soit 53'016 fr. 78.

Par projet de décision du 6 décembre 2006, l'OAI a dénié le droit de l'assuré à une rente ainsi qu'à des mesures professionnelles. Il a considéré que l'assuré présentait une incapacité de travail entière dans son ancienne activité de couvreur, mais que sa capacité de travail était de 50% en tant que mécanicien et de 100% dans une activité adaptée à son état de santé et ceci depuis janvier 2000. Les limitations physiques étaient les suivantes: pas de travail sur une échelle, pas de port de charge avec la main droite de plus de 20 kg et de façon répétitive, pas de mouvements rapides, répétitifs ou fins avec la main droite. L'OAI a dès lors procédé à une approche théorique du gain en se référant à la méthode de détermination du revenu d'invalide selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: l'ESS) car l'assuré n'avait plus exercé d'activité à 100% depuis 1992. En 2000, date du début de l'aptitude à la réadaptation professionnelle, le salaire annuel brut dans une activité industrielle légère susceptible d'être adaptée était de 55'640 francs. Après adaptation à la durée hebdomadaire de travail et vu un abattement de 10% compte tenu des limitations fonctionnelles présentées par l'assuré, le revenu annuel d'invalide était en 2000 de 50'075 fr. 98, soit une perte de gain de 5'564

fr. 02, d'où un taux d'invalidité de 10%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures professionnelles.

Le 10 janvier 2007, l'assuré, représenté par son conseil, a conclu à l'annulation du projet de décision du 6 décembre 2006 et à la mise en œuvre d'examens complémentaires, au motif que les rapports sur lesquels s'était fondé l'OAI étaient incomplets et dépourvus d'objectivité.

Dans un avis médical SMR du 11 mai 2007, le Dr H. \_\_\_\_\_ s'est exprimé comme suit:

"Les considérants de M. Alexandre Dumas [avocat de l'assuré, réd.] ne reposent sur aucun fait objectif.

Au contraire, l'examen clinique de la Dresse R. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive, privat-docent à la Faculté de Médecine de Lausanne, est particulièrement détaillé, et ses conclusions sont médicalement probantes.

Il comprend même une anamnèse psychosociale et psychiatrique (page 3), laquelle ne montre aucun indice évocateur d'une pathologie quelconque. Il n'y a d'ailleurs aucune demande médicale de la part de l'assuré, qui n'a plus consulté depuis 2004. La Dresse D. \_\_\_\_\_, qui a vu l'assuré à cette époque, décrit un moral stable, et ne retient aucun diagnostic psychiatrique. Une expertise n'est donc pas indiquée".

Le 20 mars 2008, l'OAI a rendu une décision identique à son projet de décision du 6 décembre 2006, accompagnée d'une lettre explicative prenant position sur les objections de l'assuré.

**B.** L'assuré, représenté désormais par l'avocat Jean-Pierre Bloch, recourt contre cette décision par acte du 29 avril 2008, en concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation et à ce que le dossier soit renvoyé à l'intimé pour qu'il rende une nouvelle décision sur la base des considérants à intervenir.

Si le recourant estime que les rapports des Dresses D. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ sont difficilement contestables en ce qui concerne l'évolution de la main depuis l'accident, il se demande pour quels motifs l'OAI n'a pas jugé nécessaire de procéder à une évaluation pluridisciplinaire de son cas.

En effet, une telle expertise aurait dû être mise en œuvre afin de déterminer l'influence de son état anxio-dépressif et des céphalées sur sa capacité de gain. Le recourant conteste ensuite le revenu d'invalidé retenu par l'intimé, arguant que l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2004 montre que le salaire médian des étrangers, sans qualifications professionnelles, actifs dans la région lémanique est de 19% inférieur à celui des Suisses. Il convient donc de ramener le montant retenu par l'intimé à 3'756 fr. par mois ( $4'637 \times 0,81$ ). Le recourant estime par ailleurs qu'il convient de procéder à un abattement de 25%, compte tenu de ses limitations fonctionnelles et de son statut d'étranger. Le salaire d'invalidé est donc de 3'477 fr. 75. Le recourant critique le revenu sans invalidité retenu par l'OAI. Il soutient qu'il convient de partir des données connues pour déterminer le salaire qu'il aurait pu réaliser sans la survenance de l'invalidité. Partant du salaire horaire qu'il percevait auprès de son ancien employeur, soit 20 fr. 10, le recourant expose qu'un travailleur (V.\_\_\_\_\_) employé par l'entreprise X.\_\_\_\_\_ SA depuis quelques années, lequel effectue le même travail que lui-même accomplissait, perçoit un salaire horaire de 27 fr. 50, auquel s'ajoutent 11% pour les vacances et 8,33% de gratification (suppléments également versés au recourant lorsqu'il travaillait pour ce même employeur). Le salaire horaire est donc de 32 fr. 82, soit un salaire mensuel de 5'940 fr. Pour obtenir le taux d'invalidité, le recourant divise 3'477 fr. 75, soit le salaire qu'il pourrait obtenir, par 5'940 fr., salaire potentiel sans la survenance de l'accident, d'où un quotient de 0,5855, soit 58,55%, le taux d'invalidité étant de 41,45% ( $100 - 58,55$ ). Il en conclut à l'octroi d'un quart de rente.

Dans sa réponse du 28 août 2008, l'intimé conclut au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise. Il considère que l'instruction est complète, aucun diagnostic psychiatrique n'ayant en particulier été retenu dans les rapports médicaux récents versés au dossier. L'approche théorique du gain n'est en outre pas arbitraire dans la mesure où le recourant a exercé différentes activités avant son accident et qu'il n'a pas travaillé longtemps en qualité d'aide-couvreur. Au reste, le

taux d'abattement est équitable, au vu de l'âge, des limitations fonctionnelles et de la catégorie de permis de séjour du recourant.

Dans sa réplique du 24 octobre 2008, le recourant rappelle la nécessité d'une expertise psychiatrique ou pluridisciplinaire, tout en concédant ne pas avoir vu de psychiatre depuis 1993. Il soutient en outre qu'un taux d'abattement de 25% doit être retenu sur le salaire d'invalidé. Pour ce qui est du calcul du salaire sans invalidité, il fait valoir que lorsque des données permettent une approche plus proche de la réalité, celle-ci doit être préférée à celle fondée sur des données statistiques. A cet égard, il produit une fiche de salaire pour le mois de juin 2008 établie pour V.\_\_\_\_\_. Il en ressort un salaire mensuel brut de 4'935 fr. Une fois ajoutés le treizième salaire et les gratifications de 8,33% dont bénéficiait le recourant, le salaire mensuel s'établit à 5'791 fr. 30, soit un gain plus élevé que celui retenu par l'intimé. De plus, le fait que le recourant ait commencé son activité antérieurement au service de ce même employeur (X.\_\_\_\_\_ SA) conduit à admettre qu'il percevrait un salaire plus élevé que celui de V.\_\_\_\_\_.

Le 24 novembre 2008, l'OAI indique n'avoir rien à ajouter à la décision attaquée et à son écriture du 28 août 2008. Il conclut dès lors au rejet du recours et au maintien de la décision querellée.

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les

décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) – entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD) –, qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile, compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes pascales (art. 60 et 38 al. 4 let. a LPGA), par W. \_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 20 mars 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si le recourant présente un degré d'invalidité lui ouvrant le droit à une rente d'invalidité. Sont plus particulièrement litigieux la détermination de sa capacité de travail dans une activité adaptée ainsi que la détermination des revenus avec et sans invalidité.

**3.** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA, 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

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.

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire cette mesure et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Selon la jurisprudence, est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI l'assuré qui, du fait de la nature et de la gravité de l'atteinte à sa santé après la survenance de celle-ci, subit une perte de gain permanente ou durable d'environ 20% dans les activités lucratives qu'on peut encore attendre de lui sans formation professionnelle complémentaire (ATF 124 V 108; Pratique VSI 2000 p. 63; Pratique VSI 1997 p. 79; RCC 1984 p. 95).

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration (en cas de recours, le tribunal) se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

**b)** De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine

connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, 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 confrère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

**5.** En l'espèce, il est constant que le recourant a été victime en 1992 d'un accident professionnel ayant entraîné des conséquences sur le plan psychique et sur le plan somatique, en particulier à la main. Une rente entière de l'assurance-invalidité lui a été allouée dès le 1<sup>er</sup> avril 1993. Dans le cadre de la procédure de révision, le recourant a été invité à se présenter d'abord à la Clinique K.\_\_\_\_\_, ce qu'il n'a pas fait. Il a ensuite été rendu attentif aux conséquences de son attitude négative. Il ne s'est néanmoins pas présenté au SMR où il avait été convoqué pour le

17 décembre 2001. Une décision de suppression de rente a alors été rendue le 3 janvier 2002. Le recourant a déposé une demande de prestations en 2004. Dans le cadre de cette nouvelle procédure, l'OAI a recueilli divers avis médicaux.

**a)** Dans son rapport du 23 novembre 2004, la Dresse D.\_\_\_\_\_ pose les diagnostics de céphalées existant depuis avril 1992, douleurs de la main droite résiduelles existant depuis 1992, status après un traumatisme crânio-cérébral le 13 avril 1992, fracture du 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> métacarpien droit, contusions multiples le 13 avril 1992 et status après algoneurodystrophie secondaire de la main droite existant depuis 1992. Ces diagnostics sont superposables à ceux posés par la Dresse R.\_\_\_\_\_ le 16 février 2006. Seul le diagnostic de céphalées n'est pas mentionné. Elle relève toutefois en page 3 de son rapport que l'intéressé se plaint de céphalées qui touchent la moitié de la partie droite de la tête. Cela étant, l'atteinte principale réside dans les affections que le recourant présente à la main droite. A cet égard, la Dresse R.\_\_\_\_\_, privat - docent et spécialiste FMH en chirurgie de la main, procède à un examen circonstancié des mains du recourant, incluant les membres supérieurs, les épaules et les poignets. Elle a ainsi effectué différentes mesures destinées à évaluer entre autres la mobilité et la force des mains et des doigts. Ses examens la conduisent à retenir l'existence de séquelles du traumatisme et de la dystrophie de Südeck, sous la forme d'une limitation de la mobilité du poignet, des doigts et du pouce, mais dont le degré est difficile à estimer en raison de la difficulté de collaboration de l'intéressé et d'une évidente majoration des troubles. Ces séquelles ont pour effet que le recourant doit éviter toute activité dans laquelle il devrait se tenir en équilibre à l'aide de sa main droite (par exemple sur une échelle) ou porter des charges supérieures à 20 kg avec sa main droite de façon répétitive. Il doit également s'abstenir de tous mouvements rapides, répétitifs et fins de la main droite. Pour autant, la Dresse R.\_\_\_\_\_ a retenu que le recourant présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée depuis le mois de janvier 2000, soit depuis l'examen du Dr Z.\_\_\_\_\_, dont les diagnostics sont au demeurant les mêmes que ceux posés en 2004 par la Dresse D.\_\_\_\_\_. Aucune pièce médicale versée au

dossier ne permet de soutenir que l'état de santé du recourant se serait modifié depuis lors. Il ne le prétend d'ailleurs pas, se contentant de souligner que les rapports établis par la Dresse D.\_\_\_\_\_ et la Dresse R.\_\_\_\_\_ "semblent difficilement contestables en ce qui concerne l'évolution de la main depuis [l']accident". Au reste, aucune aggravation n'a été mise en évidence. A cet égard, la Dresse D.\_\_\_\_\_ précise que la pathologie présentée depuis plus de 10 ans lui semble stable. De surcroît, la Dresse R.\_\_\_\_\_ et la Dresse D.\_\_\_\_\_ décrivent un patient en bon état général, même si la Dresse R.\_\_\_\_\_ concède ne pas avoir procédé à un examen général. On soulignera enfin que le recourant ne suit aucun traitement médical, ne désirant pas non plus un tel suivi, ainsi que le précise la Dresse D.\_\_\_\_\_.

La Dresse R.\_\_\_\_\_, privat - docent et spécialiste FMH en chirurgie de la main, analyse ainsi de façon détaillée l'état des mains du recourant et procède à une anamnèse circonstanciée. Son rapport médical est fondé sur l'examen clinique du recourant et l'ensemble du dossier médical à sa disposition. Il décrit les plaintes du recourant et ses conclusions sont claires et motivées. Il n'est de surcroît infirmé par aucune pièce médicale versée au dossier constitué. Partant, le rapport de la Dresse R.\_\_\_\_\_ satisfait aux exigences posées par la jurisprudence en ce qui concerne la valeur probante d'un tel document (cf. supra consid. 4b). Il permet ainsi de conclure que les atteintes à la main présentées de longue date par le recourant n'entraînent pas de restriction durable de sa capacité de travail et n'ont ainsi pas un caractère invalidant.

**b)** Le recourant se plaint du fait que l'intimé n'a pas jugé nécessaire de procéder à une évaluation pluridisciplinaire de son état de santé, dès lors qu'il allègue souffrir d'un état anxio-dépressif. Il ressort des pièces au dossier que le recourant a été convoqué à la Clinique K.\_\_\_\_\_ le 12 novembre 2001 en vue d'un examen pluridisciplinaire. Or, il ne s'y est pas présenté, pas plus qu'à la convocation ultérieure au SMR. Il ne s'est pas expliqué au sujet de sa passivité. Cela étant, le recourant ne saurait valablement solliciter un examen pluridisciplinaire en vue d'examiner les répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé

psychique sur sa capacité de gain dès lors que rien au dossier ne permet d'accréditer cette thèse. La Dresse D. \_\_\_\_\_ relève que le recourant ne présente pas de troubles du sommeil ni de l'appétit, que son poids est stable ainsi que le moral. De son côté, la Dresse R. \_\_\_\_\_ mentionne que le sommeil est normal et que le recourant ne se dit pas dépressif. Il n'a en outre pas de crainte particulière, ne fait pas de cauchemars et ne présente pas de troubles du sommeil autre qu'en raison de ses douleurs. Par ailleurs, aucun indice concret n'a été avancé dans ce sens en procédure administrative ou judiciaire. De son côté, le recourant concède en réplique ne pas avoir vu de psychiatre depuis 1993. En l'absence d'argument médical dûment étayé, force est ainsi de constater que, hormis les céphalées dont il se plaint et pour lesquelles la prise de Dafalgan est jugée bonne (cf. rapport de la Dresse D. \_\_\_\_\_ du 23 novembre 2004), il n'y a aucun signe évocateur d'une éventuelle pathologie psychique.

Il n'y a donc pas lieu de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire comportant un éventuel volet psychiatrique et c'est en conséquence à juste titre que, se fondant sur le rapport de la Dresse R. \_\_\_\_\_, l'OAI a considéré que le recourant présentait dès 2000, soit lors de l'aptitude à la réadaptation, une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**6.** Le recourant soutient par ailleurs que les deux montants de référence calculés dans le cadre du revenu annuel professionnel raisonnablement exigible sans invalidité et avec invalidité n'ont pas été déterminés correctement.

**a)** Le recourant conteste le revenu sans invalidité issu de l'ESS, soit 4'437 fr. par mois pour l'année 2000. Il estime que l'OAI aurait dû s'appuyer sur une approche plus concrète tenant compte du salaire perçu actuellement par un employé travaillant au service de son ancien employeur pour retenir un salaire plus élevé.

En premier lieu, on constate que le recourant n'a pas repris d'activité lucrative à 100% depuis 1992. Il est ainsi réputé ne pas avoir mis

à profit sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée. De surcroît, on ne saurait prendre en compte le bénéfice très modique résultant des comptes de pertes et profits produits par le recourant en 2004 à la suite du dépôt de sa deuxième demande de prestations AI. Quant au revenu mensuel allégué par le recourant en procédure judiciaire, force est de constater qu'il ne l'a jamais réalisé. Or, selon la jurisprudence, c'est le salaire effectivement réalisé qui est déterminant (TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.1 et la référence).

C'est donc à bon droit que l'OAI s'est fondé sur le salaire statistique issu de l'ESS 2000, pour déterminer le revenu sans invalidité.

**b)** Le recourant conteste le revenu avec invalidité retenu par l'OAI, estimant que l'abattement de 10% opéré par cet office sur le revenu d'invalidé ressortant des données statistiques est insuffisant. Il fait valoir qu'au vu de son statut d'étranger et de ses limitations fonctionnelles, il convient de retenir le taux maximal de 25%.

Selon la jurisprudence, le revenu d'invalidé déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; Pratique VSI 2002 p. 64 spéc. p. 70 s. consid. 4b). Cet abattement résulte de l'exercice par l'administration de son pouvoir d'appréciation, et le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 132 V 393 consid. 3.3; 126 V 75 consid. 6 p. 81).

**c)** En l'espèce, il n'apparaît pas qu'en opérant un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé, l'OAI aurait abusé de son pouvoir

d'appréciation. En effet, l'abattement opéré tient dûment compte des limitations fonctionnelles somatiques - relativement modestes - présentées par le recourant, lequel ne présente pas de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique. Par ailleurs, le recourant, né en 1968, ne se situe pas dans une catégorie d'âge qui serait susceptible de limiter ses perspectives salariales dans une activité ne nécessitant aucune formation professionnelle et dans laquelle sa nationalité et ses connaissances limitées du français ne constituent pas un handicap particulier.

**6.** En définitive, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient, sur la base d'un dossier complet, en particulier sur le plan médical, que le recourant présente une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. La comparaison du revenu sans invalidité de 55'640 fr., avec un revenu d'invalidité de 50'075 fr. 98, qui ont été tous deux correctement fixés, fait apparaître une perte de gain de 5'564 fr. 02 et donc un degré d'invalidité de 10%. Un tel degré d'invalidité n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité ni à un reclassement dans une nouvelle profession (cf. consid. 3 supra), le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

**7.** Il reste à statuer sur les frais et les dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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; le montant des frais est fixé indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 20 mars 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire de 250 fr. (deux cent cinquante francs) est mis à la charge de W.\_\_\_\_\_.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Jean-Pierre Bloch, avocat (pour W.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :