

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 septembre 2010

Présidence de M. NEU
Juges : MM. Dind et Abrecht
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

S._____, à Lausanne, recourant,

et

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

Art. 8 al. 1 LPGA; 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après: l'assuré), né le 1^{er} février 1983, célibataire, sans formation professionnelle, a déposé le 23 septembre 2004 une demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente. Il indiquait souffrir, depuis 2001, de troubles psychiques consécutifs à des problèmes somatiques.

Dans un rapport médical du 2 novembre 2004 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), le Dr Z._____, médecin traitant, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de douleurs au pouce gauche et au poignet d'origine indéterminée et d'état anxio-dépressif. Ce praticien a de plus relevé des douleurs locales à la main droite, entraînant des difficultés pour tous les gestes de la vie quotidienne (faire les courses, attacher les souliers, etc.). Il a constaté une discrète atrophie du muscle interosseux au niveau du pouce droit. Tout en constatant que l'assuré avait débuté un apprentissage d'employé postal, demeuré inachevé, il a attesté une incapacité totale de travail dès le 15 août 2003, en raison de douleurs à la main. En réponse aux questions "L'activité exercée jusqu'à maintenant est-elle encore exigible?", "Y a-t-il une diminution de rendement?" et "Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent, respectivement dans le domaine d'activité exercée jusqu'à présent?", le Dr Z._____ a écrit "impossible à répondre". Il a joint à son rapport celui établi le 6 juillet 2004 par le Dr L._____, médecin responsable au Centre de la douleur à la Clinique G._____.

Ce praticien a écrit ce qui suit:

"Ce jeune patient présente une histoire de douleurs principalement du pouce gauche compatible avec une atteinte neurogène ou un complexe «regional pain syndrom» de type II. Il est actuellement difficile de déterminer l'importance de cette douleur, le patient ne présente aucun signe secondaire objectif et particulièrement aucun trouble trophique n'est observable.

Dans la situation de ce jeune homme au futur potentiellement compromis, il est important de procéder à tous les traitements et investigations possibles pour l'améliorer. Il me serait utile d'avoir les évaluations psychiatriques qui ont été effectuées pour déterminer l'impact psycho-social de son histoire. J'effectuerai dans un premier temps un bloc stellaire dans l'hypothèse d'une composante sympathique douloureuse et possiblement je répéterai ce geste à deux ou trois reprises. En cas d'échec et en fonction de ma progressive connaissance du patient, je procéderai à d'autres techniques infiltratives ou diagnostiques, voire à une neuromodulation cervicale. Bien entendu si, au fur et à mesure des visites, une évidente composante somatoforme m'apparaissait, je n'insisterais pas dans cette voie et vous réadresserais le patient.

[...]"

Dans un rapport du 28 février 2005, co-signé par l'assistante sociale P._____, le Dr X._____, chef de clinique adjoint à la Consultation de C._____, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de "syndrome douloureux du 1^{er} rayon de la main droite d'origine X" et de "possible trouble de la personnalité, à traits narcissiques". Il ressort notamment ce qui suit de ce rapport:

"1. Dernière activité exercée:

Employé postal.

2. Quels sont, du point de vue médical, les handicaps fonctionnels?

Objectivement, le patient souffre d'un syndrome douloureux, possiblement d'origine neurologique, de la base du pouce droit, irradiant dans l'ensemble du bras, résultant en une impotence et se traduisant par une atrophie musculaire ténarienne de ce pouce. Parallèlement, l'impotence du membre supérieur droit a induit une relative surcharge du membre supérieur gauche avec, selon le patient, le développement d'un kyste dans le poignet gauche qui rend ce membre également douloureux et fatigable. Il y a cependant une forte discrépance entre les constatations cliniques et l'importance de l'atteinte fonctionnelle. Dans les faits, Monsieur S._____ a arrêté la majorité de ses activités, que ce soit au niveau professionnel, sportif ou de la vie quotidienne. L'impotence observable dans les faits est donc très importante et ce dans la majorité de ses activités.

[...]

Pour Monsieur S._____, les douleurs dont il souffre le ralentissent dans les tâches de la vie quotidienne (s'habiller, lacer ses chaussures, porter ses courses, se faire à manger, etc ...) à tel point que travailler, même à temps partiel, représenterait pour lui un effort insurmontable.

[...]

3. Anamnèse

Monsieur S. _____ est issu de l'union d'un père d'origine italienne du sud arrivé en Suisse vers l'âge de 20 ans et d'une mère d'origine franco-suisse. Il est fils unique. L'union conjugale des parents est décrite comme ayant été de tout temps conflictuelle. Monsieur S. _____ garde de bons souvenirs de son enfance, qui s'est déroulée dans la région lausannoise. Sur le plan scolaire, Monsieur S. _____ dit qu'il n'a jamais aimé étudier et se décrit comme légèrement turbulent en classe. Depuis l'enfance, Monsieur S. _____ rêve de faire une carrière de footballeur professionnel. Vers l'âge de 8 ans environ, il doit se faire opérer d'une calcification d'un tendon rotulien, selon lui suite à un traitement inadéquat d'un médecin. Il pourra cependant reprendre ses entraînements de football dans son club. Dès l'âge de 16 ans, il joue dans l'équipe junior du Lausanne-Sports. C'est également à cet âge là qu'il débute un apprentissage de deux ans à la poste en tant qu'employé postal, activité qui ne lui plaisait pas. Vers l'âge de 18 ans, lors d'un match de foot, il subit une entorse modérée du pouce droit qui sera traitée par le Professeur Y. _____ de la Clinique [...] par une attelle. L'évolution sera défavorable avec développement du syndrome douloureux actuel. Pour Monsieur S. _____, le Docteur Y. _____ a totalement sous-estimé l'importance de la lésion et il estime avoir été mal traité. Environ quatre mois après cette entorse, il subit une nouvelle entorse de la cheville gauche, qui nécessitera une immobilisation pendant six mois et quelques mois après, il y aura un autre problème à la cheville droite. L'ensemble de ces traumatismes entraînent un arrêt forcé des entraînements de football et mettent en péril ses projets de carrière footballistique. A relever que la mère avait annoncé de longue date que dès que S. _____ serait suffisamment grand, elle allait se séparer de son mari. De fait, les entorses de chevilles ont, semble-t-il, motivé la mère à rester quelque temps de plus dans le milieu familial, mais la séparation s'est faite peu après. Depuis lors, Monsieur S. _____ vit avec son père, qui travaille à 100% actuellement chez [...] et qui parallèlement à son travail doit s'occuper des tâches domestiques, Monsieur S. _____ n'arrivant pas à faire la vaisselle, passer l'aspirateur, etc ...

[...]

6. Constatations objectives

[...]

Jeune homme faisant son âge, orienté aux quatre modes, collaborant, sans troubles mnésiques manifestes. La thymie est neutre. Absence de symptômes florides de la lignée psychotique. Absence d'idées suicidaires. Absence de troubles anxieux. Le patient est cependant très vite irrité et en colère lorsque l'on prend une position plus critique par rapport à sa situation. Le discours est fortement rétréci sur ses préoccupations somatiques, ses douleurs quotidiennes et sur son handicap fonctionnel et le fait qu'il est victime du système médical. Dans son discours, chaque tentative

d'aide médicale s'est soldée par une péjoration de ses douleurs et de son problème.

[...]

8. Thérapie

[...]

Il n'y a pas eu à proprement parler de traitement psychiatrique, Monsieur S. _____ n'ayant pas de demande envers la psychiatrie et ne voyant pas quelle aide nous pouvons lui apporter. Les interventions de Madame P. _____ ont cependant permis à ce qu'il devienne plus actif, qu'il reprenne en particulier un peu d'activité physique.

[...]

9. Pronostic

Notre pronostic est réservé. Monsieur S. _____ n'est actuellement pas accessible à un travail psychothérapeutique, dans la mesure où il considère que son handicap relève exclusivement des somaticiens. Convaincu d'avoir été mal soigné, Monsieur S. _____ reste dans une quête d'un médecin qui pourrait lui proposer le traitement qu'aucun médecin jusque là, malgré ses nombreuses recherches, n'a su lui proposer. De plus, il nous semble que chaque tentative infructueuse d'une nouvelle prise en charge somatique renforce chez le patient, d'une part son sentiment de maltraitance, mais d'autre part sa conviction qu'il n'est pas possible à un médecin de lui proposer un traitement adéquat, car cela équivaldrait à déjuger tous les médecins qui l'ont précédé. A noter que les parents de Monsieur S. _____ appuient leur fils dans cette représentation de la situation.

Ce «bras de fer» dans lequel Monsieur S. _____ est enfermé rend dès lors bien difficile une discussion concernant une éventuelle réadaptation professionnelle, qu'il considère comme une abdication face à un espoir de guérison.

[...]".

Le Dr X. _____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assuré.

Dans un avis médical SMR du 26 octobre 2005, le Dr J. _____ a retenu ce qui suit:

"Assuré de 22 ans, sans formation professionnelle, employé postal, qui présente un syndrome douloureux du membre supérieur droit trois ans après entorse banale du pouce droit. L'impotence fonctionnelle est majeure, sans substrat organique. Les psychiatres n'ont pas diagnostiqué d'atteinte psychique invalidante et n'ont pas de traitement à proposer. Afin de déterminer l'exigibilité sur des

bases médico-asséculo-logiques, je propose d'adresser un mandat d'expertise au COMAI de la Clinique K._____".

La Clinique K._____ a été chargée de procéder à l'expertise médicale de l'assuré. Celui-ci n'a pas séjourné à la clinique; il a demandé à pouvoir se déplacer de Lausanne à [...] pour y subir les investigations prévues et les différentes mesures d'évaluation. Du rapport d'expertise du 6 avril 2006, établi par le Dr N._____, spécialiste FMH en médecine interne et FMH en rhumatologie, il ressort notamment ce qui suit:

"[...]

DIAGNOSTICS

Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail:

- Aucun

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail:

- Séquelles d'une probable maladie d'Osgood-Schlatter du genou gauche (M92.5)
- Pieds plats longitudinaux (Q66.5)
- Tabagisme (F17.2)

APPRECIATION

La discordance entre les plaintes justifiant, aux yeux de M. S._____, une incapacité de longue durée et le vide diagnostique concernant aussi bien une attitude lésionnelle anatomique qu'une psychopathologie définie est d'autant plus impressionnante qu'il s'agit d'un sujet jeune, n'ayant jamais exercé d'activité rémunérée et dont le suivi médical remonte à près de 5 ans.

Fait inhabituel, tous les médecins, y compris les médecins traitants, suggèrent, voire soulignent cette discordance et l'impasse diagnostique. L'assuré reconnaît avoir recouru à trois médecins généralistes et à deux chirurgiens de la main avant qu'il ait eu le sentiment qu'on donne du poids à ses doléances, le traumatisme initial ayant selon lui été minimisé.

Au terme de l'EMG, le Dr Q._____, neurologue, ne retient aucune anomalie objective du point de vue neurographique pour les troncs médian et cubital ni aucune altération des réponses sensibles pour les branches sensibles collatérales du pouce droit. En d'autres termes, il ne peut fournir aucune explication neurologique aux symptômes allégués, l'examen clinique étant par ailleurs normal (novembre 2003).

Malgré ces constatations, le Dr L._____ émet l'hypothèse d'une origine neurogène et d'un CRPS II (succédané sémantique moderne de l'algodystrophie) tout en mettant l'accent sur la nécessité d'une

évaluation psychiatrique (juillet 2004); il se dit finalement «fort surpris qu'aucune activité ne soit possible» (février 2005).

Comme ses collègues, le Dr X. _____ reconnaît que le syndrome douloureux du premier rayon reste d'origine indéterminée; comme eux, il estime forte «la discrédence entre les constatations cliniques et l'atteinte fonctionnelle»; comme eux enfin, il évoque la participation prépondérante de singularités psychiques dans la mauvaise évolution.

L'approche clinique actuelle se situe en droite ligne des appréciations précédentes. Le traumatisme déclenchant paraît avoir été banal si l'on en juge par la prise en charge initiale, par les traitements appliqués et par le long délai avant que les divers médecins consultés ne se décident à procéder à des bilans complémentaires. Les plaintes sont mal systématisées, comportant surtout des dysesthésies et dirigeant en effet l'investigateur vers une atteinte neurogène plutôt qu'articulaire. Cette piste perd toutefois en consistance au fil de l'anamnèse: la topographie n'évoque pas un territoire neurologique précis; les facteurs déclenchants (météodépendance) et les symptômes d'accompagnement (tremblements du membre supérieur droit, doigts des deux mains froids et humides) sont trop protéiformes pour accréditer une lésion somatique.

L'examen physique doit être considéré comme normal, si l'on fait abstraction de l'autolimitation sur laquelle nous reviendrons. Il n'y a pas de trouble dystrophique de la peau ou des phanères, pas de trouble sensitif, pas d'atrophie musculaire, pas de limitation significative de la mobilité articulaire, pas d'instabilité, en clair pas d'indice objectif en faveur de séquelles traumatiques du membre supérieur droit ou d'une maladie que ce traumatisme aurait pu révéler. L'examen radiologique des mains et des poignets est normal.

Le comportement de l'assuré au cours de l'investigation clinique est déroutant dans la mesure où il ne présente pas, dans sa gestuelle, les limitations qu'il prétend dans la vie courante. Il tend dans un geste vif et spontané sa main droite à l'interlocuteur pour le saluer. Il n'exclut pas sa main dominante dans les activités courantes (déshabillage par exemple); tout au plus constate-t-on une épargne inconstante du pouce droit. Ces observations sont partagées par tous les professionnels de santé impliqués dans la présente expertise. Un bilan fonctionnel détaillé des membres supérieurs est fourni en annexe. Les résultats sont meilleurs qu'attendus, notamment pour l'intégration du pouce au cours de la préhension et des manipulations et pour la dextérité. Comme indiqué ci-dessus, l'évaluation de la force est sujette à caution, les résultats des différentes prises étant incohérents.

On se trouve donc finalement face à un sujet de 23 ans, sans formation, n'ayant jamais exercé d'activité rémunérée lui permettant une quelconque autonomie, sans aucun projet professionnel, dépendant de ses parents et du service social, alléguant des symptômes pour lesquels les médecins s'accordent unanimement à reconnaître le faible contenu somatique.

De nombreux pans de la jeune existence de M. S. _____ demeurent mystérieux: il a rapidement été porté à une certaine oisiveté (une année sabbatique dès l'âge de 15 ans); il a très tôt été cerné de conflits (séparation parentale) auxquels il a souvent participé (travail, activité sportive) et qui l'ont mené à des échecs réitérés (examen de fin de formation à la Poste, sélection dans une équipe de football); compte tenu de ses ambitions sportives, il a soumis son corps à rude épreuve (oscillations pondérales de plusieurs dizaines de kilos, consommation régulière et excessive de tabac et de THC). Ces éléments ouvrent la question de singularités psychiques, en particulier d'un trouble de la personnalité, déjà suggéré par plusieurs des médecins qui ont été en contact avec lui.

Pour l'expert psychiatre, tant les plaintes que l'examen psychiatrique ne fournissent pas d'explication à cette évolution. Bien qu'un peu secret et parfois déconcertant dans sa présentation, M. S. _____ se révèle direct et collaborant au cours de l'investigation. Le Dr B. _____ ne retrouve pas d'éléments nets de la lignée dépressive, anxieuse ou psychotique, en tout cas rien du niveau d'une psychopathologie significative. La singularité de cette situation, en particulier la précocité avec laquelle d'éventuels troubles psychologiques se seraient installés, soulève la question d'une dysharmonie évolutive. C'est dans cette optique qu'ont été réalisés des tests projectifs et un quotient intellectuel. S'il y a bien une structure psychotique, l'évaluation intellectuelle n'a rien de dysharmonique: contrairement à ce qu'on se serait attendu à trouver dans le trouble développemental évoqué ci-dessus, le QI verbal est supérieur au QI de performance. Finalement, le Dr B. _____ ne peut donc retenir de trouble psychique atteignant le seuil diagnostique.

On peut émettre l'hypothèse d'une invalidation socialement favorisée, la moindre autonomie n'ayant jamais pu être acquise par un sujet passif et dépendant, mortifié par des ambitions professionnelles irréalistes et forcément mises en échec, et dont la souffrance a pu, un temps, retarder la séparation parentale. Une telle interprétation est conjecturale et sort du champ médical.

En conclusion, pas plus que les nombreux médecins qui se sont penchés sur le cas de l'assuré depuis 4 ans, les experts ne peuvent émettre de diagnostic de nature concernant les symptômes avancés par l'assuré. Ils ne peuvent attester une atteinte à la santé physique ou mentale et, ipso facto, ils ne peuvent cautionner une incapacité de travail d'un point de vue médical".

Le Dr B. _____, chef de service et spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a conclu son rapport d'expertise du 30 mars 2006, lequel était joint au rapport du Dr N. _____, comme suit:

"Ce sujet pose un problème d'évaluation difficile déjà souligné par un précédent examen psychiatrique où était d'emblée proposée une expertise COMAI.

Au départ, l'histoire est apparemment sans histoires d'un enfant et adolescent qui n'a pas posé de problème majeur. Les «insolations» mentionnées au dossier ont évolué sans séquelle.

La scolarité est tout de même marquée par des problèmes de comportement qui ont généré des tests psychologiques. Le patient dit avoir été un élément perturbateur et avoir occasionnellement manqué les cours. Apparemment, il n'a pas eu à être suivi par des spécialistes.

Dans les suites, on a un apprentissage raté, la notion d'année sabbatique et un investissement dans le sport (football) qui est allé à l'échec. Le sujet s'est blessé en 2001 (hyperextension du pouce droit), a fait une prise de poids massive, a été victime d'une entorse des deux chevilles et n'a dès lors plus repris le travail pour vivre des ressources parentales et de l'aide sociale.

Tant les plaintes que l'examen psychiatrique ne donnent pas grand-chose de significatif. On a un jeune homme un peu secret, occasionnellement irrité-irritable mais aussi direct et assez bien collaborant. On ne retrouve pas d'éléments nets de la lignée dépressive, anxieuse ou psychotique et en tout cas rien du niveau d'une psychopathologie significative. L'histoire peut aller de pair avec une certaine dépendance aux parents, sans qu'on puisse en faire un trouble de la personnalité selon les critères usuels des ouvrages de référence.

Devant les interrogations que nous nous sommes posées lors de l'entretien de synthèse, nous avons décidé de compléter cet examen par des tests psychologiques projectifs et un quotient intellectuel. L'idée était d'exclure une éventuelle dysharmonie évolutive. Ce trouble développemental peut parfois évoluer vers un tableau fonctionnel de ce type. S'il y a bien une structure psychotique, l'évaluation intellectuelle n'a rien de dysharmonique. De plus, le QI verbal est supérieur au QI de performance, contrairement à ce qui serait attendu dans le trouble développemental recherché.

Par voie de conséquence, je ne retiens pas ici de trouble psychique atteignant un seuil diagnostique et par-là ayant valeur invalidante. Il n'est pas exclu qu'on soit face à un comportement fait de passivité et de dépendance, ce sujet n'ayant pas réussi à s'autonomiser du milieu familial. On sait aussi que le fait d'être souffrant a pu retarder de quelques mois la séparation parentale.

Enfin, il y a aussi des deuils à faire. Il y a l'échec de l'apprentissage. Il y a surtout l'échec de la carrière sportive. La chose s'inscrit aussi dans une certaine revendication face à la Faculté. Le tout pourrait générer un comportement d'invalidé qui sortirait alors du champ médical.

Actuellement, je n'ai pas de proposition à faire tant sur le plan thérapeutique que professionnel. [...]"

Pour sa part, H._____, chef ergothérapeute à la Clinique K._____, a conclu son rapport comme suit à la suite de son évaluation réalisée le 21 février 2006:

"Les possibilités de préhension et de manipulation avec la main droite sont bonnes si M. S._____ effectue des activités inhabituelles, s'il lui est demandé de réaliser des activités qui lui sont quotidiennes, tout de suite il développe des compensations qu'il a acquises au fil des mois. La coordination entre les 2 mains est très bonne.

Les préhensions fines et manipulations fines sont possibles avec la main droite, bien que les performances au niveau de la rapidité d'exécution soient réduites.

La dextérité manuelle est bonne pour autant que les activités effectuées nécessitent l'utilisation du pouce et qu'elles ne soient pas des activités quotidiennes pour lesquelles M. S._____ a développé des stratégies compensatoires.

La force dans les prises globales et les pinces avec la main droite est difficile à interpréter en raison des limitations liées aux douleurs ressenties dans la 1^{ère} colonne et irradiant jusque dans tout l'avant-bras (courbe de résultats difficilement interprétable) (résultats peu concordants en comparaison des différentes pinces entre elles). Elle est suffisante pour la majeure partie des activités journalières, mais est insuffisante pour des activités de force. Dans la majeure partie des situations, l'intégration du MSD dans les activités est bonne lorsqu'il s'agit d'activités non quotidiennes ou effectuées sur imitation. Dans les activités quotidiennes, M. S._____ a développé beaucoup de stratégies compensatoires".

Dans un avis médical SMR du 18 mai 2006, le Dr J._____ a retenu ce qui suit:

"Assuré de 23 ans, sans profession et sans activité lucrative, qui a présenté un traumatisme en hyperextension du pouce droit, dominant, en 2001. Depuis lors, il se plaint de douleurs chroniques et d'impotence fonctionnelle. Les nombreux médecins consultés pour ce problème, ainsi que les investigations effectuées, ont conclu à l'absence de substrat organique. Les experts de la Clinique K._____, après des examens complets et approfondis, y compris un bilan fonctionnel par un ergothérapeute, des tests psychologiques et une détermination du QI, n'ont retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. L'expert psychiatre ne retient aucun trouble psychique atteignant un seuil diagnostic. La capacité de travail est et a toujours été entière dans toute activité. Aucune mesure professionnelle n'est indiquée".

Par décision du 12 juin 2006, l'OAI a dénié le droit de l'assuré à une rente, ainsi qu'à des mesures professionnelles. S'appuyant sur les

pièces médicales versées au dossier constitué, il a retenu que l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante, ni d'incapacité de travail ou de gain de longue durée. Les nombreux médecins consultés n'ont par ailleurs retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, laquelle doit en conséquence être considérée comme entière dans toute activité.

Le 26 juin 2006, l'assuré a contesté la position de l'OAI, objectant que compte tenu de ses douleurs aux mains, il ne pouvait pas reprendre une activité professionnelle. Il a évoqué également la souffrance psychique qui en découle. Une tierce personne a attesté avoir écrit la lettre.

Par décision sur opposition du 8 avril 2008, l'OAI a rejeté l'opposition, confirmant ainsi sa précédente décision. Il a renvoyé au rapport d'expertise médicale du 6 avril 2006 des médecins de la Clinique K._____, lesquels ont attesté une capacité de travail de 100% dans toute activité professionnelle. Dans la mesure où l'assuré n'avait produit aucune pièce médicale susceptible de remettre en cause l'appréciation des médecins de la Clinique K._____, l'OAI a maintenu que la capacité de travail de l'assuré était de 100% dans toute activité professionnelle.

B. Le 12 mai 2008, S._____ a adressé une lettre à l'OAI, se bornant à faire état de son intention de recourir contre cette décision. Il a sollicité l'octroi d'un délai supplémentaire pour déposer son recours au tribunal. Le 15 mai 2008, cette correspondance a été transmise par l'OAI à la juridiction de céans, comme objet de sa compétence.

Le 27 mai 2008, le juge instructeur a fait savoir que le délai de recours ne pouvait être prolongé. Il a toutefois invité le recourant, dans un délai au 6 juin 2008, à préciser si sa lettre du 12 mai précédent constituait bien un recours, à motiver le cas échéant celui-ci et à prendre des conclusions.

Le 4 juin 2008, l'assuré a fait savoir qu'il contestait la décision sur opposition du 8 avril 2008. Il critique le taux de capacité de travail retenu, arguant être dans l'incapacité totale d'exercer quelque activité que ce soit. Il expose souffrir de sa main droite, ce handicap l'empêchant selon lui d'écrire et d'entreprendre une formation. Il explique en outre que son état psychologique en pâtit et qu'il souffre de dépression. Le recourant a notamment produit une lettre datée 1^{er} février 2005 du Dr L. _____ au Dr Z. _____. Il en ressort ce qui suit:

"[...]

Notre discussion s'oriente rapidement sur son handicap et, comme je lui ai dit, je suis fort surpris qu'aucune activité ne soit possible, excepté la pratique, certainement relativement intense, du football. L'appréhension de la réalité par le patient me paraît tout à fait inadéquate et ceci est confirmé par notre discussion.

J'ai proposé au patient un marché. Il me paraît acceptable, bien que le contexte ne soit pas favorable, d'avancer sur le plan antalgique par des mesures somatiques. Une stimulation médullaire pour une douleur neuropathie du MS est tout à fait envisageable. J'ai malgré tout posé la condition d'effectuer cette prise en charge lorsque le patient aura décidé d'une activité professionnelle de façon plus claire. En effet, actuellement aucune ébauche de choix ou d'envie n'est faite et lorsque l'on parle de l'utilisation du MS gauche pour pallier à l'handicap de la main droite, tout de suite apparaît un problème de kyste qui empêche tout mouvement fin et une tétanisation du bras gauche. Ma proposition reste valable mais le patient me paraît relativement imperméable à tout progrès et nous maintient dans l'échec. De ce point de vue, j'ai donc peu d'espoir.

Ma porte reste ouverte si le patient décide de se conformer à notre possible accord, mais à part cette possibilité je n'ai pas d'autre solution à lui proposer. Je n'ai pas introduit Monsieur [...], notre psychologue, dans la prise en charge puisque le patient est déjà suivi sur le plan psychiatrique".

Le 28 juillet 2008, l'OAI a préavisé pour le rejet du recours et le maintien de la décision entreprise, observant que tous les médecins consultés s'accordaient à dire que le recourant ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante.

Le 4 août 2008, le juge instructeur a invité le recourant à produire un certificat médical de son médecin traitant, respectivement de son psychiatre, rendant compte de son état de santé psychique.

Par écriture non datée reçue par la juridiction de céans le 9 septembre 2008, le recourant a sollicité l'audition en qualité de témoins de trois personnes qui l'aident dans l'accomplissement des tâches quotidiennes qu'il ne peut plus exécuter lui-même. Le recourant a par ailleurs produit un certificat médical du 5 septembre 2008 établi par les Dresses D._____, cheffe de clinique adjointe, et M._____, médecin assistante à la Consultation de F._____, qui ont certifié que le recourant était "en investigation à la consultation de F._____ depuis le 20.08.2008".

Le 11 septembre 2008, le juge instructeur a invité les médecins de la Consultation de F._____ à lui faire connaître le résultat de leurs investigations dans un délai au 13 octobre 2008.

Dupliquant le 30 septembre 2008, l'OAI a derechef proposé le rejet du recours étant donné l'absence d'éléments médicaux nouveaux.

Il n'a pas été donné suite à l'écriture du juge instructeur du 11 septembre 2008.

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), qui s'applique dès son entrée en vigueur (art. 117 LPA-VD) 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 le 4 juin 2008 par S. _____ contre la décision sur opposition rendue le 8 avril 2008 par l'OAI. Ce recours a été déposé en temps utile dès lors que le recourant a fait savoir au juge instructeur dans le délai imparti par celui-ci qu'il entendait recourir contre cette décision et qu'il a, à cette fin, motivé son écriture et pris des conclusions. Il y a dès lors lieu d'entrer en matière.

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). 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 p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain qui lui ouvrirait le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

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

Selon 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.

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

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 al. 1 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).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_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, consid. 4b/cc; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément

déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1).

c) En l'occurrence, l'OAI a recueilli, dans le cadre de l'instruction de la demande, divers avis médicaux auprès des médecins traitants de l'assuré. Il a en outre chargé la Clinique K. _____ de procéder à une expertise pluridisciplinaire du recourant. Or, il ne résulte d'aucun de ces avis médicaux que les atteintes à la santé dont souffre l'intéressé entraîneraient sur le plan médical une diminution de sa capacité de travail.

4. a) Sur le plan somatique, le Dr Z. _____ a retenu le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de "douleurs du pouce gauche et du poignet d'origine indéterminée", sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail exigible et l'éventualité d'une réinsertion professionnelle. Il a indiqué que le recourant avait déjà consulté le Professeur Y. _____, lequel n'avait toutefois pas trouvé de solution. Concédant ne pas savoir que faire, le médecin traitant a sollicité l'avis du Dr L. _____. Selon ce spécialiste, il est difficile de déterminer l'importance de la douleur; en effet, le patient ne présente aucun signe secondaire objectif et, particulièrement, aucun trouble trophique n'est observable. Le Dr X. _____ a diagnostiqué un "syndrome douloureux du 1^{er} rayon de la main droite d'origine X". Sans nier l'existence d'une atteinte fonctionnelle, il observe néanmoins une forte discrépance entre celle-ci et les constatations cliniques objectives. Son pronostic est réservé et il fait part de ses doutes quant à la volonté du recourant de s'astreindre à une mesure de réadaptation professionnelle. Pour leur part, les médecins de la Clinique K. _____ n'ont retenu aucun diagnostic ayant un impact sur la capacité de travail. Dans son rapport du 6 avril 2006, le Dr N. _____ a évoqué la discordance entre les plaintes du recourant, justifiant à ses yeux une incapacité de travail, et le faible contenu somatique des symptômes allégués. L'examen physique est qualifié de normal, le traumatisme déclenchant paraissant de surcroît avoir été banal. Il n'y a pas de trouble dystrophique de la peau ou des phanères, pas de

trouble sensitif, pas d'atrophie musculaire, pas de limitation significative de la mobilité articulaire, pas d'instabilité, en clair pas d'indices objectifs en faveur de séquelles traumatiques du membre supérieur droit ou d'une maladie que ce traumatisme aurait pu révéler. L'examen radiologique des mains et des poignets est normal. L'examen pratiqué par l'ergothérapeute de la Clinique K._____ met en évidence de bonnes capacités de préhension et de manipulation de la main droite. Les préhensions fines et les manipulations fines sont possibles avec la main droite, bien que la rapidité d'exécution soit réduite. La force dans les prises globales et les pinces de la main droite est suffisante pour la majeure partie des activités quotidiennes; elle a toutefois été qualifiée d'insuffisante, le recourant ayant au surplus développé des stratégies compensatoires dans plusieurs de ses activités quotidiennes.

Force est ainsi de constater que s'il y a certes des limitations dans l'utilisation du pouce droit susceptibles d'irradier dans l'avant-bras, celles-ci ne suffisent pas, tant s'en faut, à reconnaître l'existence d'une atteinte à la santé invalidante sur le plan physique, aucun trouble objectif n'ayant été retenu par les médecins qui ont successivement examiné le recourant. Cela étant, seul le Dr Z._____ a attesté une incapacité de travail totale dès le 15 août 2003. Or, son avis a été infirmé, d'une part, par le Dr L._____, lequel, dans sa lettre du 1^{er} février 2005, s'était montré surpris de ce qu'aucune activité ne fût possible excepté la pratique certainement relativement intense du football et, d'autre part, par les médecins de la Clinique K._____ aux yeux desquels il n'y a pas d'atteinte à la santé invalidante. En outre, il y a lieu d'apprécier avec réserve l'avis du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc), lequel n'est au demeurant nullement étayé. De son côté, le recourant ne fournit aucune pièce médicale susceptible d'infirmier ces conclusions.

b) Dans son rapport du 2 novembre 2004, le Dr Z._____ signalait déjà que le recourant était suivi sur le plan psychique par un psychiatre de la consultation de C._____. De son côté, le Dr L._____ a clairement souligné le possible impact psycho-social sur la douleur présentée et a souhaité à cet égard pouvoir obtenir les évaluations

psychiatriques effectuées. Le Dr X. _____ a diagnostiqué un "possible trouble de la personnalité, à traits narcissiques", susceptible d'affecter la capacité de travail. Il ne s'est toutefois pas prononcé sur une éventuelle incapacité de travail du recourant. Quant au psychiatre de la Clinique K. _____, il n'a pas mis en évidence d'éléments nets de la lignée dépressive, anxieuse ou psychotique. Le Dr B. _____ retient une estime de soi fragile mais conservée. Il n'y a pas d'idées suicidaires, pas d'anxiété pour un trouble spécifique, ni de troubles psychotiques florides. Le cours de la pensée est normal, les associations d'idées sont bonnes. Il n'y a pas de délire ni d'hallucinations. Il n'y a ainsi pas de trouble psychique atteignant un seuil diagnostique et, par là, ayant valeur invalidante. Tant le Dr X. _____ que le Dr B. _____ soulignent les difficultés scolaires du recourant, l'échec d'une carrière de footballeur et de son apprentissage. Par ailleurs, sont évoquées la passivité et la dépendance du recourant, fils unique, à l'égard de son milieu familial, ainsi que les attentes disproportionnées de celui-ci à l'égard du corps médical, dont il espère la reconnaissance d'un statut d'invalidé auquel il paraît s'être identifié depuis plusieurs années. La discordance entre les plaintes et les constatations cliniques objectives est également mentionnée. Le Dr Z. _____ parle d'un pronostic mauvais, tandis qu'il est réservé pour le Dr X. _____, le Dr L. _____ avouant n'avoir que peu d'espoir devant les blocages du recourant lorsqu'est envisagé l'exercice d'une activité professionnelle. Ainsi, pour tenter d'expliquer le comportement du recourant, l'hypothèse d'une invalidité socialement favorisée est envisagée (Dr L. _____, Dr X. _____ et Dr N. _____). Pour autant, cette interprétation est de l'ordre de la conjecture et les médecins de la Clinique K. _____ concèdent qu'elle sort ainsi du champ médical. Par ailleurs, contacté d'office en cours de procédure, la Consultation de F. _____ n'évoque aucun traitement ou atteinte, se bornant à relever que le cas est en cours d'investigation. Il n'a au reste pas donné suite à l'écriture du juge instructeur du 11 septembre 2008 lui demandant de lui faire part du résultat desdites investigations.

Il n'y a en conséquence pas lieu de s'écarter des conclusions des médecins de la Clinique K. _____, au demeurant nullement infirmées,

selon lesquelles le recourant ne présente aucune atteinte à la santé invalidante sur le plan psychique.

c) Sur le vu des avis médicaux recueillis, l'OAI était ainsi fondé à constater qu'aucun médecin n'attestait une quelconque incapacité de travail durable secondaire à un problème de santé au sens de la LAI. Partant, l'appréciation médicale opérée par l'OAI sur la base de rapports médicaux concordants ne prête pas le flanc à la critique, de sorte qu'il y a lieu de retenir que le recourant ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante.

En définitive, la décision entreprise 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 ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité et qu'il n'a dès lors pas droit à des prestations de cette assurance.

5. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision entreprise.

b) Il reste à statuer sur les frais et 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 en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que le recourant, qui a au demeurant procédé sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue sur opposition par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 8 avril 2008 est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 250 fr. (deux cent cinquante francs) est mis à la charge de S._____.
- 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 :

- M. S._____,
- 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 :