

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 décembre 2012

---

Présidence de M. MERZ  
Juges : Mme Pasche et Mme Rossier, assesseur  
Greffière : Mme Pellaton

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à Vevey, recourant, représenté par Me Michel Dupuis, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 à 8 et 16 LPGA ; art. 4 et 28 s LAI**

**E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1967 en Angola, ressortissant portugais, sans formation, a travaillé comme tailleur de pierre dans l'entreprise familiale, ainsi que comme chauffeur lorsqu'il vivait au Portugal. Il a travaillé dans la restauration dès son retour en Suisse en 2000, où il avait déjà vécu un certain temps quelques années auparavant. Il a été victime d'un accident le 7 septembre 2002 alors qu'il travaillait comme aide de cuisine au Café Z.\_\_\_\_\_ à [...] (VD), chutant et se fracturant le poignet gauche.

L'assuré a repris son activité comme aide de cuisine quelques semaines plus tard, mais les douleurs sont réapparues, lui faisant lâcher une casserole le 24 février 2003. L'assuré a présenté plusieurs incapacités de travail dès cette date.

Le 1<sup>er</sup> décembre 2003, l'assuré a été victime d'un accident de voiture, occasionnant une nouvelle entorse du poignet gauche.

Le 15 avril 2004, l'assuré a formé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) en vue d'obtenir un reclassement professionnel ou une rente.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a interrogé la S.\_\_\_\_\_ assurances (ci-après : la S.\_\_\_\_\_ assurances), assureur-accident ayant pris en charge les suites de la chute du 7 septembre 2002. Le 30 avril 2004, cette dernière a déclaré avoir retenu plusieurs périodes d'incapacité de travail entre le 8 septembre 2002 et le 30 avril 2004 (100 % du 8 septembre au 19 novembre 2002, 50 % du 24 février au 18 mai 2003, 25 % du 19 mai au 28 octobre 2003, 100 % du 29 octobre au 23 novembre 2003 et du 10 février au 3 mars 2004, 50 % du 4 mars au 30 avril 2004). Elle a produit les rapports et certificats médicaux en sa possession, notamment ceux du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie

plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main, médecin traitant l'assuré depuis le début de l'année 2003, dont un courrier du 30 janvier 2004, adressé à la Clinique W.\_\_\_\_\_ (ci-après : Clinique W.\_\_\_\_\_), dans lequel il exposait que bien que l'évolution de l'état de son patient ait été favorable dans un premier temps, "les rechutes répétées sous forme soit d'une nouvelle entorse traumatique ou de péjoration subjective sans substrat clinique évident" l'avaient poussé à demander à la Clinique W.\_\_\_\_\_ une évaluation globale tant médicale qu'ergo-physiothérapeutique et éventuellement psychiatrique.

L'assuré a ainsi effectué un séjour du 10 février au 3 mars 2004 à la Clinique W.\_\_\_\_\_, dont les médecins ont relevé, dans un rapport du 31 mars 2004, les diagnostics somatiques de fracture du Pouteau-Colles du poignet gauche (T92.1) ; neurolyse du nerf radial avec fasciotomie et ténolyse à la hauteur de la 1<sup>e</sup> coulisse du poignet gauche le 29 octobre 2003 (T92.4) et neuropathie de la branche sensitive du nerf radial gauche (T92.4), éléments qu'avait également retenus le Dr N.\_\_\_\_\_. Sur le plan psychiatrique, ils ont retenu la comorbidité de troubles de l'adaptation avec humeur dépressive (F43.2). Leur appréciation du cas est notamment la suivante :

"Ce patient a été hospitalisé en raison d'une évolution difficile après une fracture de Pouteau-Colles du poignet G [gauche] survenue le 27.09.02 [recte : 07.09.02] : impotence fonctionnelle progressive du poignet et apparition d'une neuropathie de la branche sensitive du nerf radial.

A l'entrée, le patient se plaint de douleurs du bord radial du poignet G, de la face dorsale du pouce et de l'index, dans la région de la tabatière anatomique. Il annonce aussi une diminution de la force du MSG [membre supérieur gauche] qui l'empêche de porter des charges lourdes.

Au status, on retrouve un patient gaucher. La cicatrice du bord radial est calme et non inflammatoire ; actuellement il n'y a pas d'amyotrophie ni d'œdème. Il existe une limitation de l'extension et flexion du poignet G en actif par rapport au passif expliquée par des douleurs au niveau de la tabatière anatomique. La mise en tension des tendons du long extenseur, du court extenseur du pouce et de l'abducteur du pouce déclenche une douleur. L'ouverture de la commissure du pouce est quasi complète, l'opposition est limitée.

Du point de vue neurologique, il existe une neuropathie dans le territoire de la branche sensitive du nerf radial.

Sur le plan radiologique, les RX de la main G face et profil montrent une zone de sclérose de la métaphyse radiale témoignant d'une ancienne fracture. Les

structures osseuses de la main G sont discrètement ostéopéniques, sans aspect évocateur d'une algoneurodystrophie.

[...]

Notre consultant en chirurgie de la main considère que la neuropathie sensitive du nerf radial est au premier plan. Un traitement par Neurontin a été instauré et augmenté de façon progressive jusqu'à une dose de 900 mg/jour."

Les médecins de la Clinique W.\_\_\_\_\_ ont précisé entre autres les éléments suivants dans le rapport du 1<sup>er</sup> mars 2004 relatif au consilium psychiatrique effectué lors du séjour de l'assuré :

"Des antécédents nous avons souligné l'exposition à des scènes de guerre en Angola et aux décès dramatiques dans la fratrie (accidents). Actuellement, on est face à une fracture du poignet gauche n'évoluant pas favorablement. La chose se situe dans un contexte social particulièrement difficile, le sujet ayant quant à lui fait une mauvaise expérience des soignants et de la prise en charge globale qu'il attendait. J'ai quant à moi retenu un trouble de l'adaptation. Une médication psychotrope ne me paraît pas indiquée. Un suivi psychothérapeutique est difficile au vu des problèmes de langue. La chose la plus importante me paraît d'être de clarifier la situation asséurologique de ce patient et de mettre en place un appui pour la sortie (soutien d'un service social, par exemple)."

Le 24 mai 2004, le Café Z.\_\_\_\_\_ a rempli un questionnaire pour l'employeur de l'OAI, précisant que l'assuré avait été licencié pour le 31 janvier 2004 et attestant des périodes d'incapacité suivantes pour l'année 2003 : 50 % du 24 février au 18 mai ; 25 % du 19 mai au 28 octobre et 100 % du 29 octobre au 16 décembre.

Le Dr N.\_\_\_\_\_ a rempli un questionnaire de l'OAI le 22 juin 2004, dans lequel il a indiqué - retenant les diagnostics de séquelles d'une fracture de type Pouteau-Colles du poignet gauche et de neuropathie du nerf sensitif radial au poignet gauche comme ayant des répercussions sur la capacité de travail - que l'activité habituelle de l'assuré était exigible à 100 %, avec une baisse de rendement d'environ 25 %. Il a précisé que l'assuré pouvait exercer une autre activité, sans baisse de rendement, moyennant d'éviter le port de charges lourdes et l'activité répétitive sur "la main non dominante [sic ; l'assuré est gaucher]".

L'OAI a également interrogé la Dresse J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, médecin traitant de l'assuré. La Dresse J.\_\_\_\_\_ a remis un rapport médical le 8 juillet 2004 à l'OAI, confirmant les diagnostics posés par les médecins de la Clinique W.\_\_\_\_\_ et par le Dr N.\_\_\_\_\_, ainsi que les diverses périodes d'incapacités de travail. Elle a essentiellement renvoyé aux conclusions des médecins précités et indiqué ne plus suivre l'assuré depuis le 15 avril 2004.

Le 4 octobre 2004, l'assuré a donné procuration à G.\_\_\_\_\_, connaissance de la famille, pour entreprendre toute démarche auprès des médecins et de l'administration.

Dans son rapport initial du 9 mars 2005, l'OAI a estimé que, l'assuré étant capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée, il se justifiait de lui octroyer des mesures d'aide au placement afin de le soutenir dans ses démarches de réinsertion professionnelle. L'OAI a vu l'assuré le 14 avril 2005, fixant comme cible un poste non-qualifié léger dans le domaine industriel.

**B.** Considérant dans son rapport final du 14 octobre 2005 que la situation de l'assuré relevait principalement du cadre de l'assurance-chômage et que dès lors, l'intervention de l'AI ne se justifiait plus, l'OAI a procédé au calcul du préjudice économique et rendu une décision le 10 janvier 2006 dans le sens d'un refus de rente d'invalidité et de mesures d'ordre professionnel. Il a retenu en substance que l'assuré n'était capable de travailler qu'à 75 % dans son activité habituelle, mais à 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : manipulation répétitive avec le membre supérieur non dominant et port de charge avec ce bras, ce qui serait le cas d'activités industrielles légères. L'OAI a ainsi retenu les éléments suivants afin de déterminer le préjudice économique :

"En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2002, frs 4'557.- par mois, part au

13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires, TA1 ; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures ; La Vie économique, 11-2005, p. 86, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à frs 4'750.67 (frs 4'557.- x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de frs 57'008.07.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2002 à 2003 et de 2003 à 2004 (+ 1.40 % et 0.90 % ; La Vie économique, 11-2005, p. 87, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de frs 58'326.44.

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

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

Le revenu annuel d'invalidité s'élève ainsi à frs 52'493.79.

Sans votre problème de santé, si vous aviez pu poursuivre votre ancienne activité d'aide de cuisine, vous pourriez prétendre à un revenu annuel brut de fr. 47'056.75, soit Fr. 3'619.75 versé 13 fois l'an.

Vous ne subissez par conséquent aucun préjudice économique.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :

sans invalidité	CHF	47'056.75	
avec invalidité	CHF	52'493.79	
La perte de gain s'élève à	CHF	0.00	= un degré d'invalidité de 0.00 %"

Cette décision a été notifiée à G.\_\_\_\_\_, conformément à la procuration du 4 octobre 2004.

A la demande de l'OAI, le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assuré, a fourni, le 17 janvier 2006, un rapport médical, retenant une incapacité totale de travail de l'assuré du 7 septembre 2002 au 1<sup>er</sup> février 2004, en raison des mêmes diagnostics formulés par la Clinique W.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 31 mars 2004. Il a confirmé les limitations fonctionnelles reconnues par l'OAI dans la décision précitée et la capacité entière de travail dans une activité adaptée.

Le 11 mars 2006, G.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI du fait qu'en raison de problèmes de santé, elle s'était retirée de son engagement envers l'assuré. Elle avait reçu la décision de l'OAI alors qu'elle était hospitalisée et avait pensé que ce n'était qu'une copie. L'OAI a alors notifié un projet de décision à l'assuré le 27 juillet 2006, identique à la décision du 10 janvier 2006, lui donnant la possibilité d'apporter ses objections dans les 30 jours, avant qu'une décision sujette à recours ne lui soit notifiée.

Dans l'intervalle, la S.\_\_\_\_\_ assurances a adressé à l'OAI un courrier du 2 août 2006, l'informant du fait que l'assuré avait travaillé comme maçon intérimaire jusqu'au 30 mai 2006, mais s'était à nouveau retrouvé en incapacité totale de travailler après cette date. Elle a prié l'OAI de rouvrir le dossier, plus particulièrement sous l'angle d'une réadaptation professionnelle.

L'assuré, quant à lui, s'est opposé au projet du 27 juillet 2006 par courrier du 30 août 2006, déclarant qu'il ne voyait pas quelle activité il pourrait exercer, sans danger, d'une seule main, sa main gauche étant irrémédiablement bloquée suite aux divers opérations subies, qui avaient touché certains nerfs. Il a également critiqué le calcul du préjudice économique, dont le résultat était selon lui contraire à tout bon sens, puisque le revenu d'invalidité était plus élevé que le revenu sans invalidité.

Le 12 octobre 2006, la S.\_\_\_\_\_ assurances a transmis à l'OAI les pièces de son dossier, dont notamment un rapport de l'Hôpital K.\_\_\_\_\_, effectué par un radiologue le 12 juin 2006, à l'intention du Dr M.\_\_\_\_\_, relevant que "du point de vue strictement scanographique", il n'y avait "pas d'élément pouvant vraiment expliquer les douleurs persistantes de ce patient" ; un rapport du 30 juillet 2006 du Dr M.\_\_\_\_\_ attestant de douleurs survenues suite à un faux mouvement et ayant occasionné une incapacité totale de travailler dès le 31 mai 2006, pour une durée probable au 9 juin 2006 ; un décompte de prestations du

5 octobre 2006, faisant état du versement d'indemnités journalières à 100 % pour la période du 31 mai 2006 au 30 septembre 2006 ; les certificats médicaux de juillet, août et septembre 2006 de la Dresse R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant l'assuré à la suite du Dr M.\_\_\_\_\_, attestant d'une incapacité de travail totale du 5 juillet 2006 au 31 octobre 2006, ainsi que les divers certificats médicaux du Dr N.\_\_\_\_\_ attestant des incapacités de travail survenues en 2004 et 2005.

Interrogée par l'OAI, la Dresse R.\_\_\_\_\_ a rendu un rapport du 14 mai 2007, confirmant les diagnostics - sur le plan somatique - retenus par les divers médecins traitant jusqu'alors et formulant, sur le plan psychique, les diagnostics d'état dépressif et de trouble de la personnalité, présent depuis 2002/2003 pour le premier et depuis l'adolescence pour le second, tout deux ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré. Elle a estimé que cette dernière était nulle depuis 2002/2003. Elle a précisé qu'un retour dans le domaine de travail habituel de l'assuré n'était pas possible en raison de l'atteinte à la main gauche et qu'une réintégration professionnelle dans un autre domaine économique lui semblait problématique vu les ressources intellectuelles et psychiques limitées de l'assuré, à tout le moins en l'absence d'un soutien important.

**C.** L'OAI a été informé par l'assuré - le 4 avril 2007 - du fait qu'il faisait l'objet d'un suivi psychiatrique depuis le 3 mars 2006 à policlinique T.\_\_\_\_\_ de [...] (fondation B.\_\_\_\_\_). Il a alors également interrogé le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré à la fondation, lequel a rendu un rapport le 6 août 2007, en collaboration avec la Dresse Z.\_\_\_\_\_. Il a retenu les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré suivants : autres épisodes dépressifs liés à des troubles physiques (F32.8) et autres modifications durables de la personnalité après accident (F62.8), ayant pour conséquence une incapacité totale de travail depuis le 7 septembre 2002 en tant qu'aide de cuisine. Il a fait les constatations objectives suivantes :

"La présentation et l'état général sont bons et sans particularité. Au début, le patient se montrait dispersé, irritable et méfiant. Il est déprimé, agité et

anxieux et a des sortes de tics (clignements des yeux, regards répétés et soutenus sur son poignet gauche). Au niveau du status cognitif, il est orienté dans le temps et l'espace et sur lui-même, il présente des troubles mnésiques au sujet de son autobiographie mais cela est aussi peut-être dû à sa difficulté à organiser sa pensée. Il mélange les événements dans leur chronologie. Un examen psychologique avec des tests serait indiqué. Le langage est simple mais parfois incompréhensible. La faible capacité cognitive, entre autre due à l'absence de scolarité fait qu'il est difficile de différencier ce qui relève du niveau culturel, voire tributaire de l'acculturation, de ce qui tiendrait d'idées parapsychotiques. Il a un vécu de l'image du corps très perturbé largement centré sur son poignet gauche. On note un émoussement des affects. La compréhension de sa situation et la capacité d'insight sont fortement diminuées."

Concernant le pronostic, le Dr C.\_\_\_\_\_ a déclaré qu'il était impossible de le préciser à ce stade, qu'une amélioration de la capacité de travail n'était pas exclue, mais qu'une réévaluation était recommandée d'ici deux ans. A la question de l'exigibilité d'une autre activité, il a répondu par la négative.

Mise au courant du suivi psychiatrique de l'assuré, la S.\_\_\_\_\_ assurances a mandaté le centre d'expertises médicales X.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : X.\_\_\_\_\_ SA) pour une expertise pluridisciplinaire. C'est ainsi que les Drs Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont expertisé l'assuré les 8 août et 3 octobre 2007 et rendu un rapport le 30 novembre 2007, dont on extrait ce qui suit :

"Situation actuelle :

Sur le plan orthopédique, M. F.\_\_\_\_\_ ressent des douleurs constantes du poignet gauche, irradiant vers la pointe de l'olécrâne. Les ports de charge sont difficiles. M. F.\_\_\_\_\_ se plaint également d'un manque de force, il a des difficultés à couper la viande, à utiliser un tournevis, se servir d'une bouteille ou faire sa toilette avec la main gauche. Au status on constate une limitation des amplitudes articulaires du poignet, avec une flexion-extension à 20-0-35° à gauche, pour 80-0-70° à droite, et une pro-supination à 75-0-60° à gauche, pour 90-0-85° à droite. Le bilan radiologique actuel objective une bonne consolidation de la fracture avec discrète bascule palmaire, un petit arrachement au niveau de la styloïde cubitale, et un discret pincement de l'interligne radio-carpien et scapho-trapézoïdien.

Sur le plan neurologique, M. F.\_\_\_\_\_ se plaint de la persistance de douleurs au niveau du poignet gauche pouvant irradier jusqu'au niveau du coude, de décharges électriques à l'attouchement de la cicatrice au niveau du poignet et irradiant sur le pouce et l'index, de phénomènes de paresthésies / endormissements intéressant la partie radiale de la main gauche, d'un manque

de mobilité du poignet gauche et de sensations de manque de force de la main gauche.

Le traitement actuel comporte Risperdal, Saroten retard, Lyrica et Neurodol patch.

En résumé, l'examen neurologique met en évidence une limitation douloureuse de la mobilité du poignet gauche, une cicatrice d'intervention à la face externe du poignet et à la base du pouce gauche calme et sensible avec présence d'un signe de Tinel alors que la recherche des signes d'irritation sur le nerf médian gauche au niveau du tunnel carpien est ininterprétable. La trophicité et les réflexes tendineux du membre supérieur sont préservés. L'épreuve des bras tendus et les mouvements rapides sont bien effectués bilatéralement. Le testing de la force musculaire est caractérisé par des phénomènes de lâchages étagés globaux intéressant l'ensemble des muscles de l'avant-bras et de la main gauches et l'examen de la sensibilité révèle une hypoesthésie tactile et douloureuse globale de l'avant-bras et de la main gauches, sans topographie radiculaire ou tronculaire. L'examen du tronc et des membres inférieurs est sans particularité.

L'examen clinique a été complété par un ENMG [électroneuromyogramme] qui s'avère tout à fait rassurant. En effet, cet examen ne révèle pas d'atteinte significative du nerf médian gauche au niveau du tunnel carpien, du nerf cubital gauche au poignet et enfin de la branche sensitive superficielle du nerf radial gauche au passage du poignet et plus distalement. Le bilan myographique de l'avant-bras et de la main gauches ne révèle pas non plus de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs avec l'absence de signes de dénervation spontanés et des tracés aux mouvements faits de quelques unités motrices à basse fréquence, mais normalement riches pour des mouvements cliniquement ébauchés uniquement.

Sur le plan psychique, Monsieur F. \_\_\_\_\_ n'a pas de plaintes spontanées, il précisera que le *problème est surtout physique*, qu'il est plus calme, quoique plus fatigué, depuis qu'il prend du Risperdal. Il y a beaucoup de plaintes contextuelles, elles concernent aussi bien la relation conjugale, que son retour « forcé » en Suisse, les problèmes financiers, la maison qui a fallu vendre, etc.

A l'observation, il y a peu de signes dépressifs et anxieux, l'humeur est surtout faite de tensions et d'inquiétudes.

La personnalité est relativement compensée, à noter qu'il s'agit d'une personne très fruste et non scolarisée, peu intelligente.

Les accidents sont dans leur dynamique de gravité faible, n'entraînant pas un risque vital, Monsieur F. \_\_\_\_\_ n'a d'ailleurs à aucun moment évoqué une symptomatologie de type état de stress post-traumatique. Les accidents tels que subis ne peuvent pas en soi être à l'origine de troubles psychiques. Les facteurs contextuels que nous avons rappelés ci-dessus peuvent être des éléments intervenant dans le processus de guérison, notamment en le freinant, Monsieur F. \_\_\_\_\_ disant notamment que s'il n'était pas revenu en Suisse, il serait toujours en train de travailler.

#### Conclusions :

Sur le plan orthopédique, la fracture a bien consolidé, il persiste cependant des douleurs et une limitation des amplitudes articulaires, qui contre-indiquent une reprise de travail comme aide de cuisine ou maçon. En revanche dans une

profession plus légère, sans port de charge ou mouvements répétitifs avec le poignet gauche, une capacité de travail supérieure est envisageable.

Sur le plan neurologique, malgré l'importance des plaintes formulées par le patient, l'examen clinique et l'ENMG n'apportent pas la preuve d'une atteinte neurologique périphérique significative étant donné le caractère atypique des troubles sensitivomoteurs mis en évidence à l'examen clinique et la normalité de l'ENMG. Il n'y a notamment pas au présent bilan d'éléments significatifs en direction d'une atteinte du nerf médian au niveau du canal carpien ainsi que de la branche sensitive superficielle du nerf radial."

Sur le plan orthopédique, les experts ont ainsi retenu les diagnostics suivants, en relation de causalité "certaine ou vraisemblable avec l'accident du 7.9.2002" : fracture de l'extrémité distale du radius gauche, traitée par triple embrochage selon Kapandji, le 7 septembre 2002 ; ténosynovite du long abducteur et du court extenseur du pouce gauche (et neuropathie de la branche sensitive du nerf radial) au poignet gauche, traitée par ténolyse et plastie de la première coulisse (et neurolyse du nerf radial) gauche, le 29 octobre 2003 ; douleurs et limitations fonctionnelles résiduelles du poignet gauche. Sur le plan neurologique, ils ont conclu qu'il n'y avait "pas d'atteinte significative objectivable tant du point de vue clinique qu'électromyographique." et sur le plan psychique, qu'il n'y avait "pas de psychopathologie manifeste." Concernant la capacité de travail de l'assuré, les experts ont estimé qu'elle était nulle dans les professions d'aide de cuisine ou de maçon, en raison des atteintes sur le plan orthopédique, mais de 100 % "dans une profession plus légère, sans port de charge ou mouvements répétitifs avec le poignet gauche."

Sur la base de cette expertise, la S.\_\_\_\_\_ assurances a rendu, le 22 février 2008, une décision mettant un terme au droit de l'assuré aux indemnités journalières dès le 1<sup>er</sup> juin 2008 (soit trois mois après la date de la décision) et indiquant que la question du droit à une rente d'invalidité à compter de cette date serait examinée ultérieurement.

Le Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) s'est déterminé sur cette expertise le 10 mars 2008, en reprenant l'analyse et concluant à une incapacité totale de travail de l'assuré dans son activité habituelle dès le 24 février 2003 (date de la première réapparition des

douleurs), et à une capacité entière de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, depuis le 22 juin 2004 (attestée par le Dr N. \_\_\_\_\_ dans son rapport du même jour à l'OAI).

**D.** Le 20 mai 2008, l'OAI a suivi les conclusions du SMR et rendu un projet de décision - annulant et remplaçant le projet du 27 juillet 2006 - dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> février 2004 (soit un an après le début de l'atteinte, conformément à l'art. 28 al. 1 let. b LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20], dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008) au 30 septembre 2004 (soit après trois mois d'amélioration de l'état de santé, en vertu de l'art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]). Aux objections formées par l'assuré dans son opposition du 30 août 2006 contre le projet de décision du 27 juillet 2006, l'OAI a apporté, dans une lettre d'accompagnement, les explications suivantes :

"[...] vous nous reprochez de ne pas avoir indiqué quel type d'activité pourrait être exercé au vu de votre atteinte à la santé. Nous sommes cependant d'avis qu'il existe, sur le marché du travail entrant en considération pour vous, un certain nombre d'activités ne nécessitant pas l'utilisation des deux mains et qui sont par conséquent adaptées à votre état de santé. De jurisprudence constante, on peut ainsi évoquer des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle, ou d'autres qui consistent à approvisionner et à surveiller des machines ou des unités de production automatiques ou semi-automatiques [...].

En ce qui concerne le grief selon lequel les revenus retenus sont totalement arbitraires, nous pouvons apporter les précisions suivantes.

[...] nous considérons que nous n'avons aucune raison de nous écarter du revenu que vous perceviez en bonne santé. En ce qui concerne le revenu d'invalidé, la jurisprudence a précisé que si, suite à la survenance de l'invalidité, l'assuré n'avait pas repris d'activité lucrative, il peut être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens, qui permettent de fixer le montant du revenu théorique après invalidité, et ceci notamment au regard de l'égalité de traitement entre tous les assurés (ATF 126 V 76 consid. 3b/bb). Que le revenu d'invalidé ainsi déterminé repose sur le salaire mensuel brut (valeur centrale) pour des activités simples et répétitives du secteur privé, toutes branches économiques confondues, ne permet pas de conclure que la situation effective du recourant n'a pas été convenablement instruite. Dans la mesure où le montant retenu comme revenu d'invalidé représente le salaire mensuel brut (valeur centrale) pour des postes de travail qui ne requièrent pas de qualifications professionnelles particulières, force est d'admettre que la plupart de ces emplois sont, abstraction faite des limitations physiques éprouvées par le

recourant conformes aux aptitudes de celui-ci. Par conséquent, nous considérons que l'évaluation de votre situation économique n'est pas du tout arbitraire."

L'OAI a ainsi confirmé le calcul du préjudice économique déjà effectué le 27 juillet 2006 et informé l'assuré que le Service de réadaptation se tenait à sa disposition, sur demande de sa part, pour une aide au placement.

L'assuré s'est opposé à ce projet en date du 19 juin 2008, reprochant à l'OAI d'avoir considéré qu'il était capable de travailler à plein temps depuis le 30 septembre 2004, de ne pas avoir tenu compte de l'aspect psychiatrique de son incapacité de gains et d'avoir procédé à un calcul du préjudice économique dont le résultat était arbitraire.

Le 20 novembre 2008, l'assuré a informé l'OAI du fait qu'il avait tenté de reprendre une activité au début du mois, sa tâche consistant à démonter des ordinateurs, ce qui s'était révélé rapidement impossible. Il a produit un certificat médical de la Dresse R. \_\_\_\_\_ attestant une incapacité de travail de 50 %.

L'OAI a répondu aux objections de l'assuré en date du 2 décembre 2008, considérant qu'il avait déjà été tenu compte du volet psychiatrique de l'atteinte dans le cadre de l'expertise du X. \_\_\_\_\_ SA, sur laquelle le SMR s'était fondé pour évaluer la situation de l'assuré et que l'activité tentée en novembre 2008 n'était pas adaptée. Il a ainsi rendu une décision le 11 février 2009, dans le sens du projet du 20 mai 2008. Il a cependant par la suite relevé, dans une communication interne du 18 février 2009, que l'assuré avait été très confus lors de l'entretien du 11 du même mois et suggéré de réinterroger la policlinique T. \_\_\_\_\_ à [...], afin de déterminer si son état de santé s'était aggravé depuis l'expertise effectuée en 2007. Le 4 mars 2009, l'OAI a annulé la décision précitée, afin de procéder à un complément d'instruction. Les médecins de la fondation B. \_\_\_\_\_ ont remis à l'OAI un rapport médical le 30 mars 2009, retenant les éléments suivants :

"[...] L'état de santé de M. F. \_\_\_\_\_ reste stable, entre aggravation et relatives périodes de calmes. L'alliance n'est pas solidifiée, le patient a de la peine à admettre la part psychique de ses troubles. Il menace de manière récurrente d'interrompre tout traitement psychiatrique. Ceci intervient particulièrement lorsqu'il se sent globalement plus persécuté ce qui le rend projectif, irritable et non compliant à l'égard de toute mesure médicale. A d'autres moments privilégiés, il peut se montrer collaborant, par exemple lors de rencontres de réseau. En gros la psychopathologie de ce patient rend sa prise en charge, toute confrontation à la réalité et tout changement extrêmement difficile à négocier. Il faut encore tenir compte du fait que Monsieur n'est pas dans son pays et qu'il a, encore une fois amplifié du fait de sa pathologie, énormément de peine à s'adapter ici. Les accidents, principalement celui de 2002 et la mort du père ont durement éprouvé ses ressources et restent encore des points de fixation qui se matérialisent notamment autour de ses souffrances physiques et psychiques, de la question de ses rentes, de sa situation familiale, etc.

Diagnostic CIM 10 :

- F 34.9 Trouble de l'humeur persistants
- F 60.0 Personnalité quérulante
- F 78 Autre formes de retard mental
- Z 73.1 Accentuation de certains traits de personnalité
- Z 91.5 Antécédents personnel de comportement autodestructeur.

La reprise du travail est hautement improbable et les mesures de réadaptation professionnelles ne sont absolument pas d'actualité."

Le SMR a relevé, le 8 avril 2009, que la Clinique W. \_\_\_\_\_ avait déjà retenu des troubles de l'adaptation avec humeur dépressive dans son rapport du 31 mars 2004 et qu'aucun fait nouveau ne justifiait une incapacité de travail. Il a précisé que les empêchements rapportés par la communication interne du 18 février 2009 n'avaient pas de racines dans la sphère médicale.

L'OAI a rendu un nouveau projet de décision le 5 mai 2009 allant dans le même sens que le projet du 20 mai 2008.

L'assuré - désormais représenté par Me Michel Dupuis - s'est à nouveau opposé au projet, par courrier du 2 juin 2009, reprochant à l'OAI de ne pas avoir reconnu son incapacité de travail après le 22 juin 2004, y compris dans une activité adaptée et produisant à l'appui de ses dires les certificats médicaux établis par la Dresse R. \_\_\_\_\_, attestant de diverses périodes d'incapacité totale de travail entre 2006 et 2008 et d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée - sans port de charge ou sollicitation du poignet gauche - du mois d'octobre 2008 au

mois de février 2009. Il a en outre requis la mise en œuvre d'une expertise médicale.

L'OAI a rejeté les objections de l'assuré par courrier du 10 août 2009, relevant que les points soulevés avaient déjà été analysés et renvoyant aux explications déjà fournies dans le cadre des projets précédemment soumis, l'assuré n'ayant amené aucun élément nouveau susceptible de modifier l'appréciation du cas. Il a ainsi rendu une décision du 9 septembre 2009 identique au projet de décision du 5 mai 2009.

**E.** Par acte du 8 octobre 2009, F.\_\_\_\_\_ a recouru auprès du Tribunal cantonal, par l'intermédiaire de son mandataire, contre la décision précitée. Il conclut principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens que le droit à la rente, basée sur un degré d'invalidité de 100 %, lui soit reconnu depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2003, subsidiairement depuis le 1<sup>er</sup> juin 2004 [recte, selon la motivation du recours : 1<sup>er</sup> février 2004] et s'étende jusqu'au complet recouvrement de sa capacité de travail. Il demande subsidiairement l'annulation de la décision entreprise et le renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction et nouvelle décision "dans le sens des considérants à intervenir". Il avance en substance ne jamais avoir pu reprendre d'activité professionnelle adaptée à son état de santé et à son handicap depuis l'accident du 7 septembre 2002, pas même dès octobre 2008, date dès laquelle la Dresse R.\_\_\_\_\_ a considéré qu'il avait recouvré une capacité de travail de 50 %.

Dans ses déterminations du 24 novembre 2009, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée, au motif que la Dresse R.\_\_\_\_\_ n'avait pas amené d'éléments susceptibles de remettre en cause l'appréciation du Centre [...] [recte : X.\_\_\_\_\_ SA], dont l'expertise devait se voir reconnaître pleine valeur probante.

Le recourant a renouvelé sa requête de mise en œuvre d'une expertise par courrier du 4 janvier 2010, ceci afin de pouvoir évaluer la possibilité effective pour lui de travailler, respectivement de reprendre une

activité en tenant compte de tous les paramètres, y compris sa formation et son expérience professionnelle.

L'OAI a maintenu ses conclusions par duplique du 21 janvier 2010.

La Dresse R.\_\_\_\_\_ a adressé au Tribunal cantonal un courrier daté du 22 janvier 2009 [recte : 2010], dont la teneur est la suivante :

"En nom et avec l'accord de mon patient M. F.\_\_\_\_\_, je me permets de réagir à la lettre de l'Office de l'Assurance Invalidité du 24 novembre 2009.

Dans ce rapport, on met en doute mon évaluation médicale, par contre l'appréciation des experts du Centre [...] [recte : X.\_\_\_\_\_ SA] est valorisée. J'aimerais répondre à cette attitude avec quelques remarques bien précises.

En effet, je suis le médecin traitant de ce patient. Je le connais depuis juin 2006 et malgré des essais de remise au travail, il est actuellement clairement établi que M. F.\_\_\_\_\_ est en incapacité de travail. Le rapport d'expertise médicale des médecins du Centre [...] [recte : X.\_\_\_\_\_ SA] du 30 novembre 2007 est en effet très détaillé dans la forme mais surtout au niveau de l'appréciation psychiatrique très superficielle. L'expert psychiatre met en évidence dans l'anamnèse que le patient a une dépression et plus loin il relève qu'il est sous traitement neuroleptique mais par contre dans la conclusion, il n'est nullement tenu compte de ces éléments et il considère que M. F.\_\_\_\_\_ ne souffre pas de psychopathologie et ne constate pas de limitation au travail. Il est très étonnant que dans cette conclusion on ne tient pas compte que M. F.\_\_\_\_\_ suit un traitement psychiatrique à la policlinique T.\_\_\_\_\_ de [...] régulier depuis avril 2007 et qu'il est sous traitement neuroleptique (un traitement psychotrope spécifique).

En effet dès avril 2007 en constatant une souffrance psychique importante, j'ai adressé M. F.\_\_\_\_\_ pour une évaluation à la policlinique T.\_\_\_\_\_ de [...]. Depuis lors M. F.\_\_\_\_\_ y est suivi régulièrement et nécessite une continuation de ce traitement. Les psychiatres de la Policlinique se sont également prononcés concernant la capacité de travail de ce patient notamment dans leur dernier rapport du 30 mars 2009 où ils font clairement état de troubles de l'humeur persistants, de troubles de personnalité, de retard mental et ils constatent que la possibilité d'une reprise de travail est hautement improbable. Dès lors, ce n'est pas seulement moi qui constate une incapacité de travail de ce patient mais également les spécialistes psychiatres de la policlinique T.\_\_\_\_\_. Il est très étonnant que ces deux évaluations de professionnels pèsent moins lourd qu'une expertise médicale qui souffre clairement de plusieurs lacunes comme détaillé dans la première partie de cette lettre."

Le recourant a complété ses déterminations à la lumière de ce nouveau rapport par courrier du 28 janvier 2010, faisant valoir que sa

situation psychique avait vraisemblablement été minimisée par l'intimé, qui n'en n'avait pas tenu compte dans sa décision.

Le SMR s'est également déterminé sur le rapport précité, estimant nécessaire la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, constatant que le X.\_\_\_\_\_ SA n'avait pas expliqué pourquoi il s'écartait des conclusions du rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ et de la Dresse Z.\_\_\_\_\_ du 6 août 2007. L'OAI a suivi le SMR dans ses conclusions par écriture du 16 février 2010.

**F.** La mise en œuvre d'une expertise judiciaire multidisciplinaire rhumatologique, neurologique et psychiatrique a été confiée au centre d'expertises médicale P.\_\_\_\_\_ (ci-après : centre P.\_\_\_\_\_). Les Drs I.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, L.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, O.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_, spécialistes en rhumatologie et en médecine interne générales, ont ainsi rendu leur rapport le 7 octobre 2011, après avoir vu le recourant les 20 janvier et 4 juillet 2011. Ils ont retenus les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de personnalité émotionnellement labile type impulsif (à traits paranoïaque), mal compensée depuis 2007 (F60.30), présente depuis jeune adulte ; status du poignet gauche post-fracture de Pouteau-Colles (S52.5), le 27 [recte : 7] septembre 2002, et entorse (M62.63), le 1<sup>er</sup> décembre 2003, avec une limitation chronique des amplitudes articulaires. Leur appréciation du cas est la suivante :

"Au plan neurologique  
[...]

Actuellement, il ne persiste qu'une hypersensibilité à l'effleurement [de la région du poignet gauche] ainsi que de rares phénomènes paresthésiques ne l'handicapants que peu. Il est sous traitement de Lyrica®, Neurodol® tissugel et des exercices de stimulations sensorielles.

[...]

Ce jour, je confirme les données du Dr Q.\_\_\_\_\_ à savoir une normalisation des données neurographiques de ce nerf. Il persiste des phénomènes paresthésiques, dysesthésiques en rapport avec des lésions de petits nerfs au niveau de la cicatrice. Le reste de l'examen ne met en évidence aucune autre anomalie, notamment un syndrome du tunnel carpien ou une compression du nerf cubital au coude gauche.

De ce point de vue, il n'existe pas de handicap. Monsieur F. \_\_\_\_\_ est du reste d'accord de ce point de vue. Seul le phénomène orthopédique lui semble un facteur limitatif dans ses activités professionnelles.

Au plan rhumatologique :

[...]

L'examen de ce jour, va mettre en évidence une limitation des amplitudes articulaires aussi bien en actif ou en passif. La musculature du MSG est moins importante à gauche qu'à droite (-2 cm de périmètre chez un patient ambidextre) ainsi qu'au niveau du thénar.

Par contre l'IRM du poignet gauche, demandée dans le cadre de cette expertise, peut être considérée comme étant dans la norme.

Les limitations constatées sont les mêmes que celles présentes lors de l'expertise de 2007.

Nous retenons une incapacité de travail entière dans le travail d'aide de cuisine ou de maçon et ceci depuis décembre 2003.

Par contre dans une activité adaptée, sans port de charge, sans mouvements répétés du poignet gauche la capacité de travail est entière.

Monsieur a été revu le 4 juillet 2011 pour juger de l'évolution de son problème de poignet gauche

Il se plaint toujours d'une douleur au niveau de la cicatrice (face antérieure dans le prolongement du pouce) avec une diminution de la sensibilité du pouce et de l'index. Il doit faire attention lorsqu'il utilise la pince anatomique, sinon il fait tomber les objets, ce qui lui arrive souvent avec une cigarette.

Cette douleur est présente 24 heures sur 24, se situant entre 4 et 9 sur une échelle de 10. Le matin, la main et le poignet sont ankylosés. Monsieur doit, à ce moment faire des exercices d'ergothérapie pour pouvoir utiliser sa main. Monsieur ne peut pas dire le temps que dure cette ankylose.

Il décrit des douleurs sous le coude gauche, mais qui sont occasionnelles.

Il peut porter un sac de commission, mais ne [peut] pas soulever un poids de plus de 1 à 2 kilos.

Il ne peut prendre appui sur la paume de la main gauche.

Il arrive à se raser, à fermer les boutons, et à se coiffer.

L'examen clinique montre une amélioration de la masse musculaire avec la disparition de l'amyotrophie du thénar.

Par contre la mobilisation du poignet est toujours très douloureuse.

*En conclusion*, la situation clinique s'est améliorée au niveau musculaire. Monsieur se prend bien en charge et fait scrupuleusement ses exercices d'ergothérapie.

Par contre, il persiste le syndrome douloureux.

Nous retenons une incapacité de travail entière dans le travail d'aide de cuisine ou de maçon et ceci depuis décembre 2003.

Par contre dans une activité adaptée, sans port de charge, sans mouvements répétés du poignet gauche la capacité de travail est entière.

Au plan psychiatrique

[...]

A l'examen clinique de ce jour, effectué en présence d'une interprète de langue portugaise et à laquelle M. F. \_\_\_\_\_ fait régulièrement appel, l'expertisé est relativement calme, bien collaborant, donnant une anamnèse cohérente avec quelques erreurs dans les dates.

En fonction des sujets évoqués (problèmes asséurologiques, difficultés financières, conflits avec l'épouse qui a requis le divorce, départ de la fille du milieu familial en raison de violences en 2006 et absence de tout contact avec cette dernière), Monsieur se montre irritable et tendu, tout en pouvant rapidement se calmer.

Sur le plan de la thymie sont objectivés une humeur dépressive, une perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, un manque de confiance en soi auquel Monsieur évoque des troubles du sommeil et des ruminations. Ces symptômes correspondent à une dysthymie que l'on peut inclure dans les troubles de l'humeur persistants évoqués par le Dr U. \_\_\_\_\_ [rapport de la fondation B. \_\_\_\_\_ du 30 mars 2009].

Sur le plan de la personnalité, celle-ci est fruste, peu différenciée (Monsieur est non scolarisé et analphabète). L'expertisé décrit une impulsivité et un besoin de se contrôler pour ne pas avoir de gestes hétéro-agressifs ; ceci permet de retenir un diagnostic de personnalité émotionnellement labile type impulsif auquel se surajoutent des traits paranoïaques. Je ne retiens pas le diagnostic de personnalité querulente (ou paranoïaque) car l'expertisé ne présente pas un caractère soupçonneux avec une tendance envahissante à déformer les événements, une sensibilité excessive aux échecs, un sens tenace et combatif de ses propres droits légitimes hors de proportion avec la situation réelle, des doutes répétés sur la fidélité de son conjoint, une tendance à surévaluer sa propre importance avec des attitudes perpétuelles de référence à soi-même, ni de préoccupations par des explications sans fondement à type de conspiration.

Cliniquement, l'intelligence est limitée. En raison de l'absence de scolarisation, de l'analphabétisation et du problème de langue, un examen du QI ne serait pas interprétable. De même, un examen psychologique avec tests projectifs n'est pas réalisable dans ces conditions.

[...]

Durant l'examen, aucun élément floride de la lignée psychotique n'est mis en évidence (hallucinations, délires, idées de référence ou de concernement), ni symptômes compatibles avec un état de stress post-traumatique, un trouble anxieux ou des attaques de panique.

Au vu de ce qui précède, la personnalité émotionnellement labile type impulsif à traits paranoïaques, mal compensée, entraîne comme limitations : une interprétativité, une impulsivité, la nécessité de se contrôler en fonction des remarques, un fonctionnement dans le « tout ou rien » et des conflits relationnels avec un isolement social. Ces limitations interfèrent de 30 % dans une activité simple.

La dysthymie n'est pas incapacitante, ni l'intelligence cliniquement limitée dans une activité simple.

A relever des problèmes sociaux majeurs ; en effet, aucun membre de la famille n'a d'activité lucrative. [...]

Le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle est lié à la mise en place de mesures de réinsertion professionnelle dans un des ateliers de l'AI, pour autant que Monsieur les requiert.

CONSENSUS :

Monsieur F. \_\_\_\_\_ présente une personnalité émotionnellement labile type impulsif (à traits paranoïaques) mal compensée qui entraîne une incapacité de travail de 30 % en toute activité. Des activités simples sont exigibles pour autant qu'elles s'exercent au sein d'une petite équipe.

Du point de vue rhumatologique un status du poignet gauche post fracture de Pouteau-Colles (27.09.2002) et entorse (01.12.2003) avec une limitation chronique des amplitudes articulaires est à l'origine d'une incapacité de travail de 100 % dans l'activité exercée jusqu'ici. Par contre, dans une activité adaptée la capacité de travail est entière.

Il n'y a pas de limitations de point de vue neurologique."

Les experts du centre P. \_\_\_\_\_ ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge de plus de 5 kg et pas de mouvements répétés avec le poignet gauche.

A la question des mesures de réadaptation professionnelle envisageables, sur le plan psychique, les experts ont répondu ce qui suit : "Pas de mesure de réadaptation professionnelle proprement dite à envisager. Cependant des mesures de réinsertion professionnelle avec évaluation des compétences dans un des ateliers de l'AI est indiqué, pour autant que Monsieur les requiert. L'expertisé peut s'habituer à un rythme de travail et mobiliser quelques ressources. Par contre, l'aptitude à s'intégrer dans un tissu social sera plus problématique."

Le recourant s'est déterminé sur les conclusions de l'expertise le 18 octobre 2011, relevant que vu les limitations reconnues sur le plan physique, il était pratiquement impossible pour lui de retrouver un emploi et que d'un point de vue psychique, la capacité résiduelle de travail était pratiquement inexistante, en l'absence de mesures de réadaptation. Il a ainsi confirmé les conclusions prises dans son recours.

L'autorité intimée a remis ses déterminations le 31 octobre 2011, se ralliant à l'avis du 18 octobre 2011 des Drs S. \_\_\_\_\_ et Y. \_\_\_\_\_, du SMR, faisant siennes les conclusions de l'expertise et retenant ainsi une capacité de travail dans l'activité antérieure de 0 %

depuis le 24 février 2003 ; une capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations somatiques de 100 % du 26 [recte : 22] juin 2004 à fin 2007 et une capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations somatiques et psychiques de 70 % sans baisse de rendement ou 6 heures par jour depuis fin 2007.

**G.** Le 13 février 2012, le juge instructeur a interpellé l'OAI, lui demandant d'indiquer si, en vertu de cette estimation de la capacité de travail du recourant, celui-ci avait droit à une rente d'invalidité à partir d'une date postérieure au 30 septembre 2004 (en fonction de la comparaison des revenus avec et sans invalidité, depuis fin 2007 notamment), ainsi que, le cas échéant, si le recourant avait droit à des mesures de réadaptation, auxquelles il prétendait.

L'OAI a répondu par courrier du 9 mai 2012, produisant le calcul du préjudice économique effectué par son service de réadaptation le 22 mars 2012, qui a retenu un revenu sans invalidité de 48'866 fr. (selon le projet de décision du 5 mai 2009 et le rapport de l'employeur du 24 mai 2004) et un revenu avec invalidité de 37'891 fr. (selon les statistiques ESS, compte tenu d'un horaire réduit de 30 % et d'un taux d'abattement de 10 %), menant à un préjudice économique de 10'974 fr., soit un taux d'invalidité de 22.46 %, n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité pour la période postérieure à 2007. Une capacité totale ayant été retenue par les experts du centre P.\_\_\_\_\_ entre le 30 septembre 2004 et la fin de l'année 2007, cette période n'a pas fait l'objet d'un calcul. Concernant le droit aux mesures de réadaptation, l'OAI a considéré que, bien que la mise en œuvre et le succès d'une formation théorique soient rendus illusoire en raison des capacités intellectuelles du recourant, de son manque de formation et du problème de la langue (cf. communication interne du 22 mars 2012), une formation pratique du type "préparation à une activité industrielle légère" ou une formation pratique en entreprise, choisie eu égard aux limitations fonctionnelles du recourant, étaient envisageables. L'OAI a encore précisé qu'une aide au placement pouvait compléter les formations, afin de faciliter l'accès du recourant au marché du travail.

Le recourant s'est déterminé sur la proposition de l'OAI le 12 juin 2012, considérant qu'elle ne pouvait être admise, en raison de sa personnalité émotionnellement labile, excluant une reprise d'activité au sein d'un environnement professionnel. Il a considéré que dans ces conditions, il était exclu de prévoir des mesures de réadaptation, ce d'autant que sa situation semblait s'être encore fragilisée, puisqu'une mesure d'interdiction était envisagée par la justice de paix, ensuite d'une expertise faite par le Dr A.\_\_\_\_\_, dans le cadre de la procédure d'interdiction. Le recourant a ainsi confirmé à nouveau les conclusions de son recours. Il n'a pas produit le rapport du Dr A.\_\_\_\_\_.

L'OAI a confirmé ses conclusions par courrier du 26 juin 2012.

Le 19 juillet 2012, la fondation B.\_\_\_\_\_ a adressé un courrier au Tribunal cantonal, dont la teneur est notamment la suivante :

"Monsieur F.\_\_\_\_\_ étant suivi de longue date à la polyclinique T.\_\_\_\_\_, nous maintenons que ce dernier souffre de troubles psychiques qui interfèrent, voire empêchent une quelconque reprise d'activité professionnelle. C'est par ailleurs pour les mêmes motifs que nous nous sommes permis d'adresser un courrier le 21 septembre 2011 à la Justice de Paix pour demander une mesure tutélaire en faveur de Monsieur F.\_\_\_\_\_, mesure qui est en train de se mettre en place actuellement."

Le 21 août 2012, le recourant a produit une correspondance de cette fondation du 9 août 2012, précisant encore notamment les éléments suivants :

"[...] M. F. \_\_\_\_\_ souffre d'importants troubles psychiques avec des répercussions sur le langage, la construction de la pensée, l'affectivité et les fonctions intellectuelles. L'affection dont il souffre, qui emprunte des éléments d'une personnalité paranoïaque et d'une pathologie du spectre de la psychose, invalide le patient au point que ce dernier présente d'importantes limitations psychiques et mentales. Au niveau des limitations psychiques nous constatons des difficultés dans la gestion des émotions, des difficultés relationnelles et dans la reconnaissance de la maladie. Il s'ensuit des manifestations fréquentes d'hostilité et d'agressivité liées à un vécu persécutoire. Au niveau des limitations mentales, nous remarquons surtout une capacité limitée de compréhension, d'adaptation au changement et des difficultés dans la gestion des tâches administratives.

[...]

Il est clair que M. F. \_\_\_\_\_ est dans l'incapacité d'un quelconque travail en raison de ses troubles psychiques, existant de longue date, et nous émettons également l'hypothèse que l'illettrisme du patient n'est pas sans rapport avec les troubles décrits ci-dessus. "

Les parties ne se sont pas prononcées plus avant. Leurs arguments seront repris dans la mesure utile.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale des assurances sociales, RS 830.1) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b).

**b)** Le Tribunal fédéral a jugé que les principes développés par la jurisprudence sur les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain, d'invalidité et de révision ainsi que sur la détermination du taux d'invalidité s'appliquent en principe également sous l'empire de la LPGA ainsi que de la 4<sup>e</sup> révision de la LAI, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (ATF 130 V 343 consid. 2 et 3.6 ; TFA I 392/05 du 24 août 2006, consid. 3.2). La 5<sup>e</sup> révision de la LAI, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, n'a pas non plus apporté de modifications substantielles aux principes régissant l'évaluation du degré d'invalidité selon le droit antérieur, de sorte que l'ancienne jurisprudence demeure valable dans ce domaine (TF 8C\_373/2008 du 28 août 2008, consid. 2.1).

**c)** Les décisions en matière d'assurance-invalidité contre lesquelles la voie de l'opposition (art. 52 LPGA) n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

**d)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats, vu la valeur litigieuse réputée supérieure à 30'000 fr. (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** Le litige porte sur l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité au recourant au regard de sa capacité de travail résiduelle dans une activité qui serait adaptée à son état de santé.

Il est précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée de l'OAI (ATF 129 V 1 c. 1.2 ; 121 V 362 c. 1b ; 117 V 287 c. 4).

**3. a)** Selon le droit fédéral, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si

cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA).

En vertu de l'art. 6 LPGA, l'incapacité de travail se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente d'invalidité si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année, sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % (actuellement art. 28 LAI ; le délai d'attente d'une année existait déjà avant la 5<sup>e</sup> révision de l'AI, à l'art. 29 al. 1 aLAI). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité.

L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus (art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique (ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte (ATF 130 V 393 ; 125 V 146). Le choix entre ces méthodes dépend du statut de l'intéressé : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel et assuré non actif. Est en principe déterminante l'activité qu'exercerait l'assuré, s'il n'était pas atteint dans sa santé (ATF 117 V 194).

Cela étant, chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le

revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; TF 9C\_510/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.1). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en règle générale en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009, consid. 6.1).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques

résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 8C\_287/2010 du 18 novembre 2010, consid. 3).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre. Un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (obligation de réduire le dommage) ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C\_713/2009 du 22 juillet 2010, consid. 3.2 ; 8C\_22/2009 du 22 décembre 2009, consid. 3.2 ; 9C\_437/2008 du 19 mars 2009, consid. 4.2 et les références citées ; 9C\_313/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques

jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires propres à influencer le degré d'invalidité (TF 9C\_918/2008 du 28 mai 2009, consid. 4.2.2 ; 9C\_437/2008 du 19 mars 2009, consid. 4 ; TFA I 819/04 du 27 mai 2005, consid. 2.2 et les références).

**c)** Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (le tribunal en cas de recours) se base sur les documents que les médecins - d'autres spécialistes le cas échéant - doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et les références).

Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et

l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351, consid. 3a ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 ; 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1 ; 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b ; 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2 ; 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelés ci-dessus (consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254 ; TF 9C\_500/2011 du 26 mars 2012, consid. 3.1 ; 9C\_600/2010 du 21 janvier 2011, consid. 2 ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2 ; I 523/02 du 28 octobre 2002, consid. 3).

Quant aux rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

**d)** Enfin, dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devrait, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

**4.** Il est constant que le recourant présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle d'aide de cuisine, due aux atteintes somatiques du poignet gauche. Les parties ne s'entendent toutefois pas sur le début de l'incapacité. En effet, le recourant estime qu'elle a débuté le 7 septembre 2002, date de l'accident, alors que l'autorité intimée s'est fondée sur les rapports du Dr N. \_\_\_\_\_ pour fixer le début de l'incapacité au 24 février 2003, soit le jour où le recourant a lâché une casserole sur son lieu de travail. Le recourant conteste par ailleurs le caractère limité de son incapacité. En effet, il soutient ne jamais avoir recouvré aucune capacité de travail, en raison de son état de santé tant physique que psychique. Concernant les atteintes psychiques, l'OAI a reconnu une incapacité de travail de 30 % dès le début de l'année 2007, ne donnant pas droit à une rente en vertu du calcul du préjudice économique. Bien que le recourant n'ait pas soulevé d'objection quant à ce calcul en cours de procédure, il avait toutefois formulé des critiques quant à la méthode utilisée et à son résultat dans le cadre de la procédure

d'opposition devant l'autorité intimée. La Cour de céans appliquant le droit d'office, ces questions seront examinées dans le présent arrêt.

**a)** Sur le plan somatique, le Dr N.\_\_\_\_\_ a attesté de plusieurs périodes d'incapacité de travail à divers degrés entre le 7 décembre 2002 et le 22 juin 2004, date à laquelle il a estimé que le recourant était à nouveau apte à travailler à 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Il y a lieu de relever que le recourant a effectivement travaillé à des taux variables entre le jour de l'accident et le 29 octobre 2003, date à laquelle il a subi une nouvelle intervention sur son poignet, occasionnant une incapacité totale de travail, qui s'est prolongée suite à l'accident de la circulation survenu en décembre 2003. Ces diverses périodes d'incapacité ont été constatées également par la Dresse J.\_\_\_\_\_ - dans son rapport du 8 juillet 2004 - qui s'en était remise au Dr N.\_\_\_\_\_ pour définir la suite à donner à l'incapacité de travail au-delà du 15 avril 2004, date de son dernier examen du recourant.

Le Dr M.\_\_\_\_\_, quant à lui, a estimé, dans son rapport du 17 janvier 2006, que le recourant était entièrement incapable de travailler depuis le jour de l'accident du 7 septembre 2002 et ce jusqu'au 1<sup>er</sup> février 2004, date à partir de laquelle il avait recouvré une capacité entière de travail dans une activité adaptée.

Dans son rapport du 14 mai 2007, la Dresse R.\_\_\_\_\_ a considéré que le recourant était en incapacité de travail à 100 % depuis 2002/2003, sans toutefois préciser dans quelle mesure cette incapacité se justifiait sur le plan physique, indépendamment des atteintes psychiques. Il y a lieu de noter en outre que la Dresse R.\_\_\_\_\_ ne suivait pas le recourant à cette époque, comme elle l'a elle-même relevé.

Constatant le manque d'informations concernant l'influence des atteintes physiques de l'assuré sur sa capacité de travail, indépendamment des atteintes psychiques, la Cour de céans a ordonné la mise en œuvre d'une expertise judiciaire multidisciplinaire.

Le rapport d'expertise du centre P.\_\_\_\_\_ du 7 octobre 2011 conclut à une incapacité de travail entière dans l'activité habituelle depuis le mois de décembre 2003, mais à une capacité entière dans une activité adaptée, sans toutefois indiquer depuis quelle date.

L'expertise du centre P.\_\_\_\_\_ a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse et tient compte des plaintes du recourant. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation sont claires et les conclusions dûment motivées. Cette expertise remplit les conditions de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. supra consid. 3c), de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. Les rapports médicaux de la Dresse R.\_\_\_\_\_ ne livrent par ailleurs pas d'éléments objectifs susceptibles de remettre en cause les conclusions des experts du centre P.\_\_\_\_\_ sur le plan somatique.

Il convient ainsi de constater que le recourant présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis le mois de décembre 2003.

Il n'y a pas lieu de s'écarter de la conclusion selon laquelle les atteintes somatiques n'empêchent pas le recourant de travailler dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Bien que le centre P.\_\_\_\_\_ ne se soit pas prononcé sur la date de recouvrement de cette capacité, il n'y a pas de raison d'écarter les conclusions du Dr N.\_\_\_\_\_, la fixant au 22 juin 2004, ce d'autant moins que la Dresse J.\_\_\_\_\_ s'en est expressément remise à ce spécialiste pour la suite à donner à l'incapacité de travail après le mois d'avril 2004 et que le Dr M.\_\_\_\_\_ a estimé que le recourant était capable de travailler dans une activité adaptée avant même cette date.

Il y a ainsi lieu de retenir que le recourant a présenté une incapacité totale de travailler sur le plan somatique, y compris dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, jusqu'au 22 juin 2004, date à partir de laquelle il a recouvré une capacité entière de travail dans une activité adaptée. Quant au point de départ de l'incapacité de travail, le

centre P.\_\_\_\_\_ ne peut être critiqué lorsqu'il le fixe au 1<sup>er</sup> décembre 2003. L'OAI a toutefois alloué une rente entière limitée dans le temps au recourant, prenant comme point de départ de l'incapacité le 24 février 2003, date à laquelle le recourant, souffrant de douleurs, avait lâché une casserole et à partir de laquelle son médecin traitant avait attesté une incapacité de travail partielle. La question de l'opportunité de fixer le départ du calcul du délai d'attente d'une année à cette date peut toutefois être laissée ouverte. En effet, l'OAI a rendu sa décision en ayant connaissance des périodes d'activité du recourant. De plus, si l'OAI avait dû revoir sa position suite au rapport du centre P.\_\_\_\_\_, il aurait également dû exiger la restitution des prestations, déjà versées au recourant au moment de la décision du 9 septembre 2009 (selon décompte annexé à la dite décision ; cf. art. 25 LPGa).

**b)** Sur le plan psychique, la Clinique W.\_\_\_\_\_ a relevé dans son rapport du 1<sup>er</sup> mars 2004 que le recourant souffrait de troubles de l'adaptation avec humeur dépressive, sans toutefois se prononcer sur l'influence de ces troubles sur la capacité de travail et sans les dissocier du contexte social difficile dans lequel vivait le recourant.

La Dresse J.\_\_\_\_\_ a estimé, dans son rapport du 8 juillet 2004, que ce diagnostic n'avait pas d'influence sur la capacité de travail. Le Dr M.\_\_\_\_\_, quant à lui, n'a pas considéré que le recourant était incapable de travailler dans une activité adaptée en raison de troubles psychiques.

La Dresse R.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 14 mai 2007, a posé les diagnostics d'état dépressif et de trouble de la personnalité, présents depuis au moins 2002, sans toutefois préciser dans quelle mesure ces atteintes étaient la cause de l'incapacité de travail du recourant.

Les divers rapports des médecins de la fondation B.\_\_\_\_\_ attestent une incapacité totale de travail sur le plan psychique depuis le 7 septembre 2002, en raison de divers troubles psychiques, de type dépressifs, ainsi qu'en lien avec les capacités intellectuelles limitées du

recourant (rapports du 4 avril 2007 ; 30 mars 2009 ; 19 juillet et 21 août 2012), sans toutefois étayer leurs conclusions. En effet, ils se contentent de faire une analyse globale, reliant les troubles psychiques aux troubles somatiques d'une part, mais essentiellement au contexte social d'autre part, y compris aux difficultés linguistiques du recourant, sans expliquer précisément l'influence de ces troubles sur la capacité de travail, d'un point de vue strictement médical.

Constatant le manque d'informations médicales concernant l'état psychique du recourant, la S. \_\_\_\_\_ assurances a ordonné la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire au X. \_\_\_\_\_ SA, qui n'a retenu aucun diagnostic sur la plan psychique (rapport du 30 novembre 2007). L'OAI a dans un premier temps fait siennes les conclusions du X. \_\_\_\_\_ SA pour rendre sa décision du 9 septembre 2009. Ayant été mis au courant du suivi du recourant par la policlinique T. \_\_\_\_\_ de [...], il a repris l'instruction, constatant finalement qu'il avait déjà été tenu compte des troubles constatés par cette dernière dans l'analyse de la capacité de travail du recourant. Durant la procédure judiciaire, il a cependant admis que le X. \_\_\_\_\_ SA n'avait pas expliqué pourquoi il s'écartait des conclusions des médecins de la fondation B. \_\_\_\_\_. C'est notamment pour éclaircir cette question que l'expertise du centre P. \_\_\_\_\_ a été mise en œuvre. Les experts du centre P. \_\_\_\_\_ ont constaté que le recourant souffrait de personnalité émotionnellement labile type impulsif (à traits paranoïaques), présente depuis jeune adulte, mal compensée et induisant une incapacité de travail de 30 % depuis fin 2007. Ils ont tenu compte dans leur analyse du contexte social difficile dans lequel avait grandi le recourant, de ses atteintes somatiques, ainsi que de ses capacités intellectuelles limitées, indiquant précisément l'influence de ces facteurs sur les troubles du recourant, ainsi que l'influence de chaque trouble sur sa capacité de travail.

L'expertise du centre P. \_\_\_\_\_ ayant valeur probante (cf. supra consid. 4a), il n'y a pas lieu de s'en écarter, ce d'autant que ni la Dresse R. \_\_\_\_\_, ni la fondation B. \_\_\_\_\_ n'amènent d'arguments susceptibles de remettre en cause les conclusions de l'expertise.

Le recourant a fait valoir qu'une procédure d'interdiction était en cours, sans toutefois produire l'expertise médicale du Dr A.\_\_\_\_\_, établie dans le cadre de l'enquête en interdiction civile ouverte devant l'autorité tutélaire. Un arrêt a été rendu par la Chambre des tutelles du Tribunal cantonal le 1<sup>er</sup> octobre 2012, F.\_\_\_\_\_ ayant fait appel contre la décision de mesure de tutelle volontaire selon l'art. 372 CC (code civil suisse du 10 décembre 1907, RS 210), prononcée le 21 juin 2012 par la Justice de paix. Il ressort de cet arrêt que le recourant, en plus de s'être finalement opposé à son interdiction, s'est également opposé aux conclusions de la fondation B.\_\_\_\_\_. Les diagnostics retenus dans l'arrêt précité ont été pris en compte par le centre P.\_\_\_\_\_, à l'exception du syndrome de dépendance à l'alcool, que le recourant n'a pas soulevé devant la Cour de céans. Les conclusions prises dans le cadre de la procédure d'interdiction ne sont pas susceptibles de modifier les conclusions retenues par les experts du centre P.\_\_\_\_\_. Il y a par ailleurs lieu de relever que seule la période antérieure à la décision de l'OAI du 9 septembre 2009 est examinée dans le présent arrêt et que si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis, il a la possibilité de déposer une nouvelle demande de prestations AI (ATF 129 V 1 c. 1.2 ; 121 V 362 c. 1b ; 117 V 287 c. 4).

Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que les atteintes psychiques du recourant induisent une incapacité de travail de 30 % depuis fin 2007 dans toute activité.

**c)** Dans la décision attaquée, l'OAI a fixé le revenu d'invalidé en prenant comme salaire de référence celui auquel peuvent prétendre des hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, soit, adapté à 2007 et à la durée hebdomadaire usuelle de travail, un salaire annuel de 58'326 fr. 44. L'OAI a opéré un taux d'abattement de 10 %, compte tenu des empêchements propres au recourant, obtenant ainsi un revenu d'invalidé de 52'493.79 francs.

Concernant le revenu sans invalidité, il a considéré que le recourant aurait pu prétendre à un revenu annuel brut de 47'056 fr. 75 s'il avait pu poursuivre son ancienne activité d'aide de cuisine, conformément à la fiche de salaire du recourant du mois de janvier 2004.

Ce calcul a mené l'OAI à constater que le recourant ne présentait pas de préjudice économique. Il a refait un calcul suite aux nouveaux éléments retenus concernant la santé psychique du recourant, tenant compte d'une incapacité de travail de 30 % et actualisant les montants à l'année 2007. Le revenu d'invalidé s'élevait alors à 37'891 fr., le revenu sans invalidité à 48'866 fr. et ainsi le préjudice économique à 10'974 fr. Il en est résulté un degré d'invalidité de 22.46 %, ne donnant pas droit à une rente.

Le calcul des revenus d'invalidé et sans invalidité est correct et satisfait en tout point aux exigences jurisprudentielles en la matière (cf. supra consid. 3b). Il doit par conséquent être repris.

Concernant le taux d'abattement retenu, il convient de rappeler que le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25 % serait plus approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71).

En l'espèce, le taux d'abattement de 10 % retenu par l'OAI tient raisonnablement compte des limitations fonctionnelles du recourant, qui n'apparaissent pas excessives. Ce dernier soutient toutefois que d'autres circonstances auraient également dû être prises en compte, telles que son manque de formation, son manque d'expérience dans d'autres domaines que la restauration et le fait que seule une activité physique soit à sa portée, alors même que son handicap exclue justement toute activité physique. Or il convient de remarquer qu'il existe sur le marché du travail nombre d'activités manuelles simples, ne nécessitant pas d'effort physiques, respectant par là les limitations du recourant sur le plan somatique - ce qui n'était pas le cas de l'activité d'aide de cuisine, impliquant le port d'objets lourds et le risque de blessure en cas de maladresse -, ni d'efforts intellectuels importants, respectant par là les limitations du recourant sur le plan psychique, ainsi que son manque de formation et d'expérience. Il convient de constater également que le recourant a exercé trois activités fort différentes les unes des autres au cours de sa vie active, en tant que tailleur de pierre, chauffeur et aide de cuisine. La déduction de 10 % sur le revenu d'invalidité à laquelle a procédé l'intimé n'est donc pas critiquable et doit être confirmée. Par surabondance, il convient de relever que si l'on avait dû retenir un taux d'abattement maximum, soit 25 %, l'on arriverait à un degré d'invalidité d'à peine plus de 35 %, soit en dessous des 40 % donnant droit à une rente d'invalidité.

Par ailleurs, dans la mesure où la question à se poser est celle de la capacité de l'assuré à exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre, et compte tenu de ce qui précède, on ne saurait considérer l'exigence d'une activité adaptée comme excessive.

Compte tenu de ce qui précède, le calcul du degré d'invalidité de 22 % retenu par l'OAI dans son écriture du 9 mai 2012 doit être confirmé.

**d)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit à des mesures de réadaptation pour autant (a) que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et (b) que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel : orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital (art. 8 al. 3 let. b LAI). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_818/2007 du 11 novembre 2008, consid. 2.2 ; 8C\_36/2009 du 15 avril 2009, consid. 4).

Conformément à ce qui précède, l'OAI a indiqué dans son courrier du 9 mai 2012, que des mesures d'ordre professionnel, comme une formation pratique du type "préparation à une activité industrielle légère" ou une formation pratique en entreprise, choisies eu égard aux limitations fonctionnelles du recourant, étaient envisageables et qu'une aide au placement pouvait venir compléter ces mesures.

Dans son courrier du 12 juin 2012, le recourant a déclaré que compte tenu de son état de santé, des mesures de réadaptation étaient exclues. Il y a toutefois lieu de relever que ces déclarations ne doivent pas être interprétées strictement, dans la mesure où elles ont été faites dans le cadre d'une procédure qui visait à obtenir une rente et donc à plaider dans ce sens. Il convient ainsi de considérer que le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel est ouvert et devra être examiné par l'autorité intimée, pour autant que le recourant le demande et se montre coopérant.

**5.** Au vu de ce qui précède, il convient de constater que c'est à raison que l'OAI a considéré que le recourant n'avait pas droit à une rente

d'invalidité au-delà du 30 septembre 2004 (soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé). Il doit cependant être admis que le recourant présente une incapacité de travail de 30 % depuis fin 2007, représentant un taux d'invalidité de 22.46 %, en raison de l'atteinte psychique. Cette incapacité ouvre le droit à des mesures d'ordre professionnel, mais pas le droit à une rente. Le recours doit en conséquence être rejeté et la décision attaquée confirmée dans le sens des considérants.

**6.** En dérogation à l'art. 61 al. 1 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, arrêtés à 400 fr., compte tenu de l'ampleur de la procédure. Ils seront supportés par le recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 9 septembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée dans le sens des considérants.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Michel Dupuis, avocat (pour F. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :