

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 mars 2014

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

L._____, à Lausanne, recourant, représenté par Procap Service juridique,
à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 8 LAI ; 26 RAI

E n f a i t :

A. Le 23 février 2009, L. _____ (ci-après : l'assuré), né en 1970, intérimaire aide-soignant, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession, subsidiairement d'une rente. Il est sous curatelle volontaire depuis le 11 mai 2006.

Selon l'extrait du compte individuel, l'assuré a obtenu un salaire de 45'105 fr. en 1995, un salaire de l'ordre de 49'700 fr. en 1999, de 36'000 fr. en 2000, de 27'000 fr. en 2001, de 32'000 fr. en 2004, de 23'000 fr. en 2005 et de 21'500 fr. en 2007. Au cours des autres années, ses revenus ont été inférieurs à 20'000 francs. L'assuré a travaillé pour de nombreux employeurs et a eu des périodes sans activité lucrative.

Selon une attestation du 19 avril 1994 établie par le directeur adjoint de l'école cantonale vaudoise d'infirmières et infirmiers en psychiatrie, l'assuré a été élève dans cette école du 30 septembre 1991 au 3 décembre 1993 et l'a quittée sans avoir terminé sa formation. Il a validé les exigences en matière de connaissances et aptitudes professionnelles mais pas les stages.

Le 13 octobre 2008, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation routière, subissant plusieurs fractures au pied droit (cf. déclaration de sinistre LAA du 25 novembre 2008).

Dans un rapport du 12 mars 2009, les Drs F. _____ et E. _____, médecin-chef respectivement médecin-assistant au Service d'orthopédie et de traumatologie du J. _____ (ci-après : J. _____), ont posé les diagnostics suivants :

« Status post ostéosynthèse du pilon tibial droit et du Chaput à droite ainsi que suture du jambier postérieur droit le 14.10.08 à l' [...].
Status post réduction ouverte et ostéosynthèse du calcanéum droit le 27.10.08 au J. _____.

Status post greffe de Thiersch de la face interne de la malléole interne droite le 5.11.08 au J._____. »

Ils ont indiqué que l'assuré avait été victime d'un accident sur la voie publique avec traumatisme du membre inférieur droit et impact thoracique. Ils ont en outre mentionné ce qui suit :

« Symptômes actuels/état actuel

Patient vu la dernière fois à la consultation le 25.02.09 avec une bonne évolution. Marche en charge avec une canne. Localement, la cicatrice est calme ainsi que la greffe en regard de la malléole interne à droite. La flexion dorso-plantaire est de 25-0-40 au niveau de la cheville droite. Pas de laxité antéro postérieure. Il porte ses supports plantaires régulièrement. Pas de trouble neurovasculaire. Le bilan radiologique de ce jour ne montre pas de déplacement secondaire ni de démontage du matériel d'ostéosynthèse tant au niveau de la cheville à droite ni au niveau du calcanéum à droite. L'image est compatible à une arthrose post-traumatique sous talienne droite. »

Les Drs F._____ et E._____ ont retenu une incapacité de travail entière du 14 octobre 2008 au 25 mars 2009, puis de 50% dès le 26 mars 2009, le travail étant repris à 100% dès le 26 avril suivant.

Dans un rapport du 23 mars 2009, le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics suivants :

« Diagnostics avec effet sur la capacité de travail :

- Syndrome de dépendance à l'alcool.
- Etats dépressifs, itératifs, probablement sur la base d'un trouble unipolaire récidivant avec aspect auto-destructeur ou d'une personnalité borderline.
- Status après accident de circulation et fracture ouverte comminutive du calcanéum à droite, fracture ouverte du pilon tibial droit, rupture du tendon du jambier postérieur droit, large plaie profonde du tendon d'Achille à la face antérieure de la cheville à droite, en octobre 08.

Diagnostics sans effet sur la capacité de travail :

- En 2004, cervico-brachialgies gauche sur hernie discale C4-C5 avec évolution favorable sous traitement conservateur.
- En 2005, accident d'escalade avec fracture non déplacée du sacrum et fracture luxation postérieure du coccyx.

- En 2008, accident d'escalade avec fracture du Vème métatarsien, surcharge tibio astragalienne, et image radiologique de conflit entre os trigone-astragale-calcaneum (cheville gauche). »

Il a en outre indiqué ce qui suit :

« 1.4 Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour)

Il s'agit d'un patient lausannois dont les problèmes sont essentiellement psychiatriques, que j'ai vu la première fois en consultation en 1996 à la demande de ses parents (sa mère et son beau-père) dont je suis le médecin-traitant. Par la suite, je ne l'ai vu que 2 fois en 2004 et 2 fois en 2005. En revanche, par d'innombrables téléphones, le patient m'a tenu au courant de l'évolution le plus souvent chaotique de sa situation, annonçant souvent des rechutes dépressives subites avec alcoolisation massive, rupture sentimentale, abandon du suivi psychiatrique ou psychologique, rupture avec le service social. Une curatelle volontaire a été instituée en 2006.

Travaillant de façon très irrégulière comme aide-infirmier intérimaire aux urgences J._____, il a commencé en mai 2005 une formation en cours d'emploi comme éducateur dans une garderie d'enfants, dont il a été renvoyé après quelques mois en raison de rechute alcoolique. Lors de son dernier téléphone en février 09, il souhaitait obtenir de l'Al une réinsertion professionnelle, se sentant compétent pour devenir intervenant en toxico-dépendance. Il séjournait alors au Centre [...] depuis 2 mois et ne s'était jamais senti aussi bien, pouvant vivre ses émotions sans être emporté. Il était suivi par la Dresse W._____ au [...], qui lui aurait parlé au plan diagnostique de troubles de la personnalité, d'une dysrégulation de l'humeur, et d'un aspect borderline.

Le ou les diagnostics ayant des répercussions sur l'incapacité de travail doivent être apportés par les psychiatres qui ont suivi ce patient. Outre le symptôme de dépendance à l'alcool le Dr U._____ m'a parlé d'une personnalité borderline typique avec comportement auto-destructeur. Selon le patient un autre psychiatre aurait parlé d'un trouble unipolaire récidivant.

Pronostic

Dans cette situation, je pose la question de savoir si une rente complète ne devrait pas être accordée, et s'il est réaliste d'accéder aux désirs du patient de se former comme éducateur en toxicodépendance. D'autre part, je ne sais si les fractures de la jambe et du pied droit suite à l'accident de circulation d'octobre 08 (160 km/h sur l'autoroute, sans permis de conduire, avec 2,23 d'alcoolémie) vont laisser des séquelles. »

Le Dr X._____ a joint diverses pièces, parmi lesquelles figure un rapport du 2 décembre 2008 de la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme dont il résulte notamment ce qui suit :

« RAPPEL ANAMNESTIQUE

Il s'agit d'un patient de 38 ans, qui a été hospitalisé il y a 7 semaines au J._____, suite à un accident survenu sur l'autoroute alors qu'il conduisait à 160 km/h., sans permis, avec 2,230/00 d'alcoolémie. Son copilote a été légèrement blessé. Lui-même a souffert d'une fracture ouverte du membre inférieur droit, ayant nécessité quelques interventions, d'un TCC et d'une lésion du cou à droite. Le patient dit avoir été secoué par cet accident. Il a été alors vu par le service de liaison du Centre de traitement en alcoologie. Un projet à l'Arcadie a alors été discuté et c'est dans ce cadre-là que nous voyons le patient.

Monsieur L._____ est né au Maroc, de père inconnu. Il a 6 ans quand il rentre en Belgique avec sa mère et son père adoptif qui mourra à ce moment-là. Il constate alors une nette chute du niveau de vie. C'est à ce moment que sa mère rencontre Monsieur [...], et le couple va venir vivre avec L._____, qui a alors 12 ans, en Suisse. Il intègre une classe inférieure de deux niveaux d'âge et il vit cela comme une terrible injustice. Il deviendra turbulent et commettra différents larcins qui vont déboucher sur quelques peines de prison à l'âge de 16 ans pour vol de vélo. Il n'a pas terminé de formation mais a effectué pendant deux ans une formation d'aide infirmier en psychiatrie, avant d'être exclu de l'école. Par la suite, il a suivi des cours dans une école de jazz pendant une année. Monsieur L._____ est actuellement au RI depuis deux ans, a environ 70'000 francs de dettes, n'ouvre plus son courrier et est en attente de jugement par rapport à l'accident du mois d'octobre 2008.

Il a une amie depuis environ un an. Il vit seul et veut faire une demande AI. A noter qu'il a un curateur en la personne de Monsieur V._____ et qu'il a également une demi-soeur.

ANAMNESE ALCOOLOGIQUE

Monsieur L._____ a commencé sa consommation d'alcool à l'âge de 14 ans, associée à quelques joints. Rapidement, il a des soucis liés à sa consommation d'alcool sous forme d'anamnésies, de quelques comas et conflits familiaux. Par la suite, il décrit qu'il peut être abstinent pendant 3 à 6 mois, puis boire de façon compulsive environ 30 unités en une journée. Il boit du vin, de la bière et également des alcools forts. Il y a 7 ans, le patient a fait une démarche aux [...] qui ne lui a que peu convenu vu la connotation religieuse ressentie dans l'institution. Il y passera 5 à 6 mois, puis restera abstinent 3 à 4 mois.

Vers 2002, il débute un suivi alcoologique au [...] qui se passe plutôt bien avant que le médecin assistant ne change et que le suivi s'arrête. Il y a trois ans, il fait un séjour de deux à trois mois à [...] où le cadre est décrit comme étouffant. Rapidement après son retour, le patient va rechuter.

Actuellement, il n'a pas de suivi alcoologique hormis la consultation de liaison qu'il a eue au J._____ il y a peu. Notons également qu'il va de temps en temps aux Alcoologiques anonymes et qu'il n'a pas

d'autre consommation de substances depuis longtemps, le patient ayant essayé à l'époque de la cocaïne et de l'héroïne, ce qui l'a rendu malade.

[...]

BILAN DE L'INTERVENTION

Monsieur L. _____ présente un syndrome de dépendance à l'alcool avec 5 critères sur 7 positifs selon le DSM IV. Il n'y a pas de facteur de risque pour un sevrage compliqué. Concernant sa consommation d'alcool, il voit actuellement beaucoup plus d'inconvénients que d'avantages liés à sa consommation passée, entre autres le fait d'avoir des idées suicidaires sous alcool, le coût financier, les problèmes judiciaires, les bagarres, la désociabilisation, ainsi que l'effet dépressif.

Monsieur L. _____ a déjà été visité l'institution de [...] où il a passé une journée, il a trouvé ce cadre plutôt rassurant, davantage basé sur la confiance que les institutions précédemment fréquentées. Il estime ce séjour résidentiel utile pour mettre en place des stratégies contre la rechute, la mise en place d'un suivi psychiatrique de type TCC, avancer dans une demande AI et consolider une abstinence, le patient ayant peur de retomber dans ses travers en suivi ambulatoire.

Compte tenu des éléments évoqués par le patient, de ses complications médicales, psychiatriques et d'un certain isolement social, nous avons soutenu le patient dans sa demande résidentielle pour une durée de 2 mois qui est le temps que le patient estime nécessaire pour mettre en place une partie de son projet. L'objectif qu'il s'est fixé est une abstinence au long terme, se rendant compte qu'il est impossible pour lui de contrôler sa consommation. Nous avons donc soutenu le séjour pour une durée de 2 mois et viendrons réévaluer le patient au terme de ce délai. »

Dans un rapport du 18 mai 2009, la Dresse W. _____, médecin au Centre de traitement en alcoologie du J. _____, a mentionné que l'assuré souffrait d'un trouble mixte de la personnalité à trait émotionnellement labile depuis l'adolescence, précisant ce qui suit :

« Monsieur L. _____ présente un trouble mixte de la personnalité avec des perturbations évidentes des sphères émotionnelles, relationnelles, sociales et du contrôle des impulsions dont des consommations de toxiques dans ses antécédents. Les caractéristiques de ce trouble apparaissent chez lui vers l'âge de 15-16 ans et sont à l'origine des difficultés scolaires et de ses échecs de formations ultérieures. Ils sont également à l'origine de sa désinsertion sociale, marquée par une grande instabilité, et de sa difficulté à s'engager durablement au niveau professionnel, ceci malgré des capacités cognitives qui semblent très bonnes et au sujet desquelles aucun déficit n'est à relever à priori.

Depuis octobre 2008, Monsieur L. _____ parvient à un moment-clé de sa vie: l'accident de voiture dont il est la fois victime et responsable est un élément déclencheur d'une évolution sur le plan psychique. Il prend conscience que sa manière de vivre depuis quinze ans ne lui convient plus et s'en sent épuisé et prêt à faire les démarches qui lui permettraient une meilleure insertion professionnelle et sociale. Il faut noter également qu'il arrive près de la quarantaine, âge auquel les manifestations de troubles de la personnalité ont en moyenne tendance à diminuer en intensité.

Depuis son accident, Monsieur L. _____ se montre adéquat dans ses actes et en particulier se montre capable d'organiser un suivi thérapeutique cohérent pour lui (suivi psychiatrique avec la soussignée, prise en charge TCC spécifique pour les troubles de la personnalité de type borderline, prise en charge de famille dans le cadre de [...]).

Monsieur L. _____ souhaite actuellement progresser au niveau professionnel et pouvoir acquérir une formation qui lui permette de se sentir valorisé sur le plan professionnel. Il semble qu'actuellement il en ait les moyens tant sur le plan cognitif que psychique. Il s'adresse à l'Office AI car son parcours de vie montre que des troubles psychiques complexes au niveau de l'adolescence et au début de l'âge adulte sont à l'origine de son absence de formation et de sa difficulté à s'insérer professionnellement. J'estime qu'actuellement le pronostic est favorable, Monsieur L. _____ s'impliquant de manière adéquate et forte dans les différentes prises en charge qu'il a lui-même mises sur pied et dont il profite. Un soutien de la part de votre Office pourrait lui permettre de trouver une insertion professionnelle qui corresponde à ses intérêts, ses motivations et ses capacités.

[...]

1.7

Questions sur l'activité exercée à ce jour

Énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes?

Une fragilité psychique résiduelle persistante doit être prise en compte, avec en particulier une résistance au stress qui peut être diminuée. La thymie peut subir des fluctuations. L'instabilité émotionnelle fait partie de son trouble psychique mais est bien compensée actuellement. Au niveau des capacités mentales, nous ne notons aucune difficulté. Pour ce qui est des restrictions physiques, nous vous renvoyons aux rapports des spécialistes.

[...]

D'un point de vue médical, l'activité exercée est-elle encore exigible?

oui non

A quel degré?

L'instabilité professionnelle vécue ces quinze dernières années ne permet pas de répondre à cette question. En revanche, la demande de réinsertion professionnelle signifie qu'on estime actuellement que

Monsieur L._____ est capable d'exercer une activité professionnelle adaptée à ses difficultés et à un degré qui reste à déterminer.

Le rendement y est-il réduit??

Le rendement n'est actuellement pas évaluable.

1.8

Questions concernant des mesures réadaptation professionnelle possibles

Les restrictions énumérées, peuvent-elles être réduites par des mesures médicales?

x oui non

Si oui, lesquelles?

Evolution favorable dans le cadre des thérapies mentionnées plus haut. On peut espérer une amélioration de la capacité de travail si le trouble de la personnalité évolue favorablement, ce qui est actuellement le cas.

Quel effet ont ces mesures sur la capacité de travail?

1.9

Peut-on s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle resp. à une amélioration de la capacité de travail?

x oui non

Si oui, à partir de quelle date et à quel degré?

% à partir du

100% Dès maintenant du point de vue psychique. »

Le Dr T._____, médecin d'arrondissement de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA), assureur-accidents de L._____, s'est prononcé notamment comme suit dans un rapport du 9 juillet 2009 :

« APPRECIATION DU CAS

On se trouve, chez cet assuré, né en 1970, aide-hospitalier en emploi temporaire, à bientôt 9 mois d'un accident s'étant soldé par une fracture complexe du calcanéum et une fracture ouverte du pilon tibial associée à une rupture du tendon du jambier postérieur.

Après traitement chirurgical des lésions, l'évolution est dans l'ensemble favorable compte tenu des lésions initiales.

L'assuré a également entrepris, dans le décours de l'accident survenu dans un contexte de dépendance éthylique, un traitement spécifique pour cette dépendance qui est encore en cours.

Subjectivement à l'examen de ce jour, l'assuré dit se trouver beaucoup mieux sur le plan psychologique depuis son accident. Sur

le plan somatique, il subsiste encore quelques douleurs de la cheville et de l'arrière-pied apparaissant après environ une heure de marche. Il est également dérangé par une diminution de la souplesse de la cheville et du pied.

A l'examen clinique, l'assuré marche sans boiterie mais la marche sur la pointe des pieds n'est pas réalisable. On note un important épaissement de la cheville et de l'arrière-pied associé à une hypotrophie du mollet, une diminution de la sensibilité du pied prédominant dans le territoire du nerf plantaire externe avec un signe de Tinel à la percussion du nerf tibial postérieur en arrière de la malléole interne.

Les radiographies témoignent d'un status après fracture calcanéenne consolidée avec une altération de l'angle de Böhler.

Sur le plan thérapeutique, une physiothérapie est toujours en cours. Un contrôle est prévu au J. _____ pour discuter de l'AMO du talon. Nous serons reconnaissants à nos confrères de bien vouloir nous orienter en temps voulu à ce sujet.

Sur le plan professionnel, le pronostic à moyen ou à long terme des fractures subies peut certainement justifier des mesures de reclassement professionnel souhaitées par l'assuré, à savoir un reclassement dans une activité semi-sédentaire ou n'exigeant pas de marche prolongée, ni le port de charge ou de marche en terrain irrégulier. On relèvera que l'assuré a déjà entrepris de son propre chef quelques démarches dans cette direction.

On relèvera que l'assuré est actuellement sans travail, l'activité d'aide-hospitalier exercée au moment de l'accident étant régie par un contrat temporaire.

Sur le plan purement médico-théorique, une reprise progressive et partielle du travail pourrait être tentée dans la dernière activité exercée. Nous fixons, avec son accord, une capacité médico-théorique de 25% dès le 15.07.2009 et de 50% dès le 01.08.2009. A charge à l'assuré de s'annoncer à l'assurance chômage. Une capacité proche de 100% pourrait vraisemblablement être mise en valeur dans ces délais dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire, sans préjuger de l'incapacité de travail que pourrait nécessiter l'AMO envisagée.

L'assuré s'est par ailleurs déjà annoncé à l'AI pour des mesures de reclassement professionnel. »

Dans un rapport médical du 10 août 2009, le Dr S. _____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a mentionné ce qui suit :

« Selon les spécialises en traumatologie du J. _____, l'évolution est favorable avec toutefois persistance de quelques limitations fonctionnelles concernant la station debout prolongée, les déplacements et les positions nécessitant une flexion du genou

prolongée (cf. p 1). Selon ces médecins, la CT est à nouveau entière dès le 26.04.2009.

Quant à la dépendance à l'alcool, l'assuré est suivi par les médecins du CTA. Selon les informations fournies, l'alcoolisme est à considérer comme primaire. En effet, bien que ces médecins retiennent le diagnostic de trouble de la personnalité borderline, ce trouble n'est actuellement pas décompensé et de ce fait pas invalidant. La thymie est décrite comme normale. »

Le Dr S._____ a retenu une incapacité de travail de 100% du 14 octobre 2008 au 25 mars 2009, de 50% du 26 mars 2009 au 25 avril 2009 puis une capacité de travail entière dans l'activité habituelle.

Dans un projet de décision du 20 août 2009, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande.

Le 2 octobre 2009, la Dresse W._____ a écrit au Dr S._____ notamment ce qui suit :

« Par exemple, Monsieur L._____ s'est montré psychiquement stabilisé, et donc capable d'accomplir les tâches du quotidien et d'atteindre ses objectifs en vue de mettre en place une formation professionnelle, à laquelle il tient beaucoup. Mais la fragilité psychique en lien avec le trouble de la personnalité dont il souffre reste évidemment présente et met en péril de façon chronique ses projets de formation, comme cela a été le cas au début de l'âge adulte, ce qui est décrit dans mon précédent rapport. La gestion des émotions, des stressés professionnels (formation) et des relations interpersonnelles et familiales, ainsi que les efforts d'abstinence d'alcool nécessitent un travail psychique intense, soutenu par une prise en charge psychothérapeutique complexe (psychiatrique, médicamenteuse, TCC, et familiale). Cela ne correspond en tout cas pas à une situation psychiatrique stabilisée, ou asymptomatique, avec une capacité de travail entière. Notons qu'en juin de cette année, M. L._____ s'est trouvé psychiquement fragilisé et a consommé de l'alcool durant quelques jours, en raison d'un état d'angoisse intense, dans le contexte des entretiens futurs en vue de son admission à l'Ecole de musicothérapeute. Il s'adresse à ses différents thérapeutes, reprend de l'Antabus de sa propre initiative et retrouve son abstinence et son équilibre. Ceci illustre bien sa fragilité, et un retour temporaire à son ancien mode de fonctionnement. Cet épisode montre également la capacité de l'assuré à rapidement juguler ses dysfonctionnements.

Si Monsieur L._____ n'est pas soutenu par votre office dans sa formation, j'estime qu'il y a de grands risques de ne pas le voir terminer sa formation de musicothérapeute, qui est une activité

occupant environ 50% de son temps. J'ajoute que ce projet semble a priori adapté aux bonnes capacités cognitives, et à sa motivation. Les aspects émotionnels qui vont surgir seront probablement plus délicats et nécessiteront le soutien du réseau de soin.

Pour ce qui est de la reprise d'une activité d'aide-soignant, ce projet me semble largement compromis par les séquelles à sa cheville, ce qui est, sauf erreur de ma part, attesté par des arrêts de travail signés par les orthopédistes ou traumatologues du J._____ depuis son accident. Mais il faut également tenir compte du fait que cette activité serait peu investie par M. L._____, dont les besoins narcissiques et intellectuels sont un moteur essentiel de sa motivation. Déjà à 20 ans, l'assuré s'imaginait faire des études universitaires, sa formation d'infirmier, malheureusement non achevée, devant lui permettre une inscription dans le milieu académique. »

Dans un avis médical du 12 octobre 2009, le Dr S._____ a estimé nécessaire une expertise psychiatrique pour déterminer si le trouble de la personnalité de l'assuré avait une valeur invalidante et/ou s'il présentait une autre psychopathologie invalidante et, cas échéant, de déterminer les limitations fonctionnelles et la capacité de travail.

Le psychologue B._____, spécialiste en psychothérapie, a adressé le 2 novembre 2009 une lettre au Dr S._____ dont il résulte en particulier ce qui suit :

« Conclusion

M. L._____, né le [...]1970, présente un trouble de personnalité émotionnellement labile de type impulsif et borderline, doublé d'une dépendance à l'alcool actuellement en rémission précoce (c'est-à-dire sur une durée de moins de 12 mois) ; grâce aux traitements psychiatriques et psychothérapeutiques engagés depuis une année auprès de l'unité d'Alcoologie, et depuis 8 mois au sein de [...] ([...]) selon le modèle de la Thérapie Comportementale Dialectique (TCD), M. L._____ présente une évolution positive vers une abstinence durable, et une atténuation du trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline.

L'état physique de M. L._____ - suite à son accident de voiture et l'importante intervention au pied - est actuellement en phase de stabilisation ; cependant, une activité professionnelle debout, avec des charges à porter n'est pas envisageable.

M. L._____ - sans formation professionnelle achevée à ce jour en raison d'un trouble de la personnalité invalidant - exprime et manifeste un désir d'insertion socioprofessionnelle dans un domaine qui le passionne et pour lequel il montre d'importantes compétences : la musicothérapie.

Il présente une évolution positive depuis 8 mois, grâce à sa participation active à ses traitements psychothérapeutiques parallèles. Son abstinence de plus en plus solide au cours de la dernière année, et une atténuation des traits dysfonctionnels de la personnalité - certes à stabiliser dans le temps - laissent envisager un pronostic favorable pour une formation professionnelle à temps partiel dans le domaine choisi qu'est la musicothérapie. L'avantage de cette formation réside dans le fait qu'elle permet à M. L._____ de poursuivre les différents traitements médicaux en cours - tant physiothérapeutiques que psychothérapeutiques, et évite des stress majeurs susceptibles de réactiver les dérèglements psychologiques que M. L._____ a manifesté auparavant (conduites impulsives, abus d'alcool, trouble de l'humeur) - et d'effectuer les travaux qu'exige cette formation. La période que vit actuellement M. L._____, et à laquelle il contribue intensivement, est propice à poursuivre la formation professionnelle en cours.

Cependant, la précarité financière dans laquelle il vit pourrait occasionner un stress susceptible de mettre en péril la démarche en cours. En conséquence, la participation et le soutien financier de l'Al à ce projet professionnel est hautement souhaitable ; cela permettrait à M. L._____ d'accéder à une réelle capacité de gain et une indépendance financière à terme. »

Dans un rapport du 24 mars 2010, les Drs F._____ et Q._____ ont indiqué notamment ce qui suit :

« Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour)

Il s'agit d'un patient aide-infirmier, victime d'un AVP le 13.10.08 avec les diagnostics susmentionnés. Le début du traitement a été fait au [...] et la suite au J._____. Depuis la dernière intervention le patient présente une persistance de douleurs au niveau de son membre inférieur droit qui ne permet pas de reprendre ses activités professionnelles en tant qu'aide-soignant à 100%. Lors du contrôle du 12.10.09 il est mis en évidence une vis au niveau de la plaque du calcaneum en intra-articulaire au niveau de la calcaneo-cuboïdienne, raison pour laquelle une AMO est agendée le 12.11.09, avec l'espoir de diminuer les douleurs.

Après l'AMO, nous pouvons noter une petite amélioration clinique, le patient marche sans canne mais avec persistance d'une boiterie de son MID, il persiste également une douleur au niveau de la sous astragalienne. Le patient décrit des douleurs dorso-lombaires ces derniers mois.

Lors des contrôles après l'AMO, nous pouvons mettre en évidence une cicatrice calme, pas de tuméfaction ou d'œdème. Douleurs à la mobilisation de la sous-astragalienne. Une douleur en prosupination forcée de l'arrière pied. Pas de douleur au médio-pied ni à l'avant-pied. Nous mettons en évidence également un pied plat en valgus avec élargissement de l'arrière-pied. Nous pouvons noter un

raccourcissement de 1,5 à 2 cm du MID probablement dû à la déformation du calcanéum.

Il est donc prescrit au patient une talonnette avec une compensation de hauteur de 1cm au niveau du talon et de 0,5cm au niveau de la semelle. Depuis le port de ses semelles, le patient note une légère amélioration des douleurs lombaires mais pas de différence au niveau des douleurs de la cheville et de la sous-astragaliennne. Nous prescrivons également des chaussures avec tiges montantes.

Pronostic

Pronostic difficile avec une telle fracture au niveau du pilon et du calcanéum. Il persistera certainement des douleurs chroniques à long terme. »

Les Drs F. _____ et Q. _____ ont indiqué les incapacités de travail comme aide-soignant de 100% du 13 octobre 2008 au 15 juillet 2009, de 75% du 15 juillet au 1^{er} août 2009, de 50% du 1^{er} août au 12 novembre 2009, de 100% du 12 novembre 2009 au 1^{er} février 2010 et une reprise de travail à 50% dès le 1^{er} février 2010. Ils ont en outre estimé qu'une activité non sédentaire n'était pas possible, les douleurs au niveau du membre inférieur droit étant importantes, le patient ne pouvant pas faire d'activité physique et la marche régulière dans la journée n'étant pas possible. Ils ont en conséquence mentionné que l'assuré ne pouvait exercer la profession d'aide-soignant en raison des douleurs du membre inférieur droit, ce travail nécessitant des déplacements continuels et des ports de charges.

L'OAI a mandaté, comme expert sur le plan psychiatrique, le Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et, à la demande de celui-ci, pour l'aspect orthopédique, le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Il résulte du rapport du 24 mars 2010 du Dr D. _____ notamment ce qui suit :

« **IV DIAGNOSTICS**

Diagnosics ayant une répercussion sur la capacité de travail

Status après fracture du calcanéum et du pilon tibial droits avec rupture du tendon du jambier postérieur, traitées par intervention chirurgicale (Z 98.8) avec importante déformation du calcanéum et incongruence-arthrose sous-astragaliennne (M 19.2).

Diagnostiques sans répercussion sur la capacité de travail

Aucun

V APPRECIATION DU CAS

M. L. _____ a été victime, il y a 18 mois d'une fracture complexe du calcanéum et du pilon tibial droits, traitées par réduction sanglante et ostéosynthèse.

Sur le plan orthopédique, la situation actuelle peut être résumée ainsi :

- Au niveau de la cheville et de la fracture du pilon tibial droits, le résultat clinique et radiologique est très bon. La consolidation est achevée, sans arthrose visible et avec une très bonne mobilité. Seul le tendon du jambier postérieur n'est pas fonctionnel, ne permettant pas la marche sur la pointe du pied. Il est impossible de dire s'il s'agit d'une sidération ou d'un lâchage de suture, mais cette problématique est tout à fait secondaire.
- En effet, le problème essentiel est de loin, la situation du calcanéum et de l'articulation sous astragaliennne droite. Le talon est déformé en valgus et fortement élargi avec une sous-astragaliennne détruite et complètement ankylosée, présentant une incongruence et une arthrose radiologique. Ceci a aussi entraîné un raccourcissement de 1 cm du membre inférieur droit. Sur le plan neurologique, il existe quelques troubles sensitifs mineurs.

Sur le plan thérapeutique, la première chose à dire est que le traitement n'est pas terminé. Il faudra enlever le métal au niveau du pilon et probablement procéder à une arthrodèse sous-astragaliennne, à moins qu'une fusion complète et spontanée ne survienne, Il faudra procéder à de nouveaux bilans radiologiques et sur la base de ceux-ci, décider de l'attitude thérapeutique ultérieure.

Entre-temps, il convient de poursuivre la physiothérapie.

Le pronostic paraît tout à fait favorable au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, où il ne devrait y avoir que peu ou pas de séquelles.

Il en est tout autre au niveau de l'articulation sous-astragaliennne, où des séquelles vont persister, à savoir des déformations et des limitations fonctionnelles, dont la nature exacte ne peut être précisée aujourd'hui.

En ce qui concerne l'exigibilité professionnelle, une appréciation peut déjà être faite aujourd'hui. En effet, même si une arthrodèse chirurgicale de la sous-astragaliennne devait être faite, elle réduirait les douleurs, mais ne changerait pas les limitations fonctionnelles.

- Dans une activité adaptée en position alternée assis-debout, sans longs déplacements et/ou déplacements en terrain irrégulier, sans travail en position accroupie et avec un chaussage adéquat (supports plantaires et correction de la

différence de longueur de jambe), une capacité de travail entière est exigible. Le Dr F. _____ a aussi déjà précisé l'essentiel de ces limitations dans son rapport à l'AI du 12.03.2009.

- La dernière activité habituelle exercée par l'assuré (aide-soignant), ne respecte pas ces limitations et ne peut plus être exercée, ou seulement à un taux très réduit (maximum de 25-30%).

M. L. _____ me dit entreprendre une formation en musicothérapie, qui respecte les limitations précisées. »

Dans son rapport du 13 avril 2010, l'expert G. _____ indiquait notamment ce qui suit

« Diagnostics

Au vu de ce qui précède, il est aujourd'hui justifié de retenir les diagnostics psychiatriques de :

Trouble mixte de la personnalité (F61.0)

Syndrome de dépendance alcoolique (en rémission) (F10.201)

[...]

Appréciation asséculoologique

En l'état du dossier, l'appréciation asséculoologique ne pose plus de problèmes majeurs, alors que le cas s'annonçait comme particulièrement complexe.

Sur le plan somatique, la situation est maintenant éclaircie. Tant l'expertise orthopédique du Dr D. _____ que le tout récent rapport médical des orthopédistes du J. _____ daté du 24.03.2010 admettent que M. L. _____ n'est plus capable d'exercer une activité d'aide soignant, en raison des séquelles de son accident du 13.10.2008. Les limitations proviennent essentiellement des lésions du calcanéum et de l'articulation sous-astragaliennne droite. Même si le traitement n'est pas terminé, les troubles sont suffisamment sévères pour que les orthopédistes admettent d'importantes limitations à la marche et pour certaines positions.

Sur le plan psychiatrique, on peut réfuter toute limitation liée à l'abus d'alcool ou à la dépendance alcoolique, sachant que l'assuré est aujourd'hui en rémission de ce trouble, au vu des informations à disposition.

Le trouble de personnalité pose un problème d'évaluation plus difficile. Ce trouble peut valoir pour l'instabilité connue de l'assuré. Il peut valoir pour des difficultés dans ses relations interpersonnelles et sur les lieux de travail. Il peut être le socle de troubles psychiatriques de l'axe I du DSM-IV-TR :

trouble dépressif, trouble anxieux, rechute alcoolique.

En l'état, cet assuré semble avoir trouvé une certaine stabilité. Il paraît s'être engagé consciencieusement dans le traitement conséquent qui est mis à sa disposition. Il semble stable sur le plan de la formation professionnelle de musicothérapie qu'il a entreprise. Pour ces motifs, le soussigné est d'avis que ce qu'a doré et déjà mis en route l'assuré pourrait être conçu comme une mesure professionnelle pertinente et appropriée à sa situation tant physique que psychique.

Sur le plan du traitement, le soussigné n'a pas de propositions à formuler en l'état. L'assuré est suivi par un médecin psychiatre. Il reçoit une médication appropriée. Le psychiatre délègue la psychothérapie à un psychologue psychothérapeute. L'assuré semble bien s'engager dans la prise en soins globale qui lui est offerte. Au vu de tous ces éléments, on peut considérer le traitement actuel comme optimal tant en qualité qu'en quantité.

Le pronostic à long terme est difficile à formuler. Il est vrai qu'il y a eu une amélioration sensible depuis de nombreux mois. L'assuré fait preuve d'une certaine régularité tant dans son activité professionnelle que dans les soins.

Un trouble de personnalité reste pourtant une affection chronique valant pour une certaine fragilité. L'émergence de troubles dans le futur n'est dès lors de loin pas improbable. Le pronostic psychiatrique reste tout de même réservé, même si les choses s'annoncent bien, en l'état.

Conclusions

En conclusion, M. L. _____ est un homme de 40 ans, célibataire, sans enfants, qui dit maintenant avoir une relation stable avec une femme depuis un peu plus de deux ans.

Les antécédents font la preuve d'une instabilité personnelle et socioprofessionnelle dès les débuts de l'âge adulte. L'assuré n'a jamais terminé de formation. Il a essentiellement oeuvré comme aide soignant.

Cette situation fait aujourd'hui retenir un trouble mixte de la personnalité. Le syndrome de dépendance alcoolique peut être considéré comme en rémission.

On sait que M. L. _____ a été victime d'un accident de circulation le 13.10.2008. Il s'en est suivi des lésions du membre inférieur droit qui, en l'état actuel du dossier, confirment qu'il ne lui est plus possible de pratiquer son métier d'aide soignant.

Sur le plan psychiatrique, il y a certes des troubles. On peut pourtant admettre qu'il n'y a pas de limitations psychopathologiques dans une activité adaptée à la problématique somatique. Cette appréciation rejoint d'ailleurs celle du médecin psychiatre traitant.

Au vu de ce qui précède, le soussigné admet que des mesures professionnelles sont justifiées. Une formation en musicothérapie

correspond aux limitations physiques de l'assuré. Elle n'est pas contre-indiquée par les troubles psychiques de ce dernier. Elle pourrait dès lors être encouragée.

Sur le plan du traitement, on peut considérer que la prise en soins est aujourd'hui optimale tant en qualité qu'en quantité.

Le pronostic à long terme reste réservé même si l'évolution de ces derniers mois est manifestement favorable chez un sujet qui s'engage tant dans le traitement que dans les mesures professionnelles qu'il a de lui-même mises en place. »

Dans un avis médical du 17 juin 2010, le Dr K._____, médecin au SMR, a indiqué notamment ce qui suit :

« Finalement, nous pouvons préciser les éléments suivants :

- 1) M. L._____ ne présente aucune affection psychiatrique invalidante au sens de l'Al.
- 2) Il s'agit de se prononcer sur la CT au plan somatique et nous sommes dans une situation commune avec la SUVA.
- 3) On peut raisonnablement admettre que la CT dans l'activité d'aide-soignant est limitée à 25-30% dès le 15.07.2009.
- 4) La CT médico-théorique dans une activité adaptée est de 100% et ce déjà dès le 15.07.2009, puisque rien n'indique (en particulier dans le rapport d'expertise du Dr D._____) que l'état de santé ne se soit modifié depuis la date de l'examen du Dr T._____ (par exemple, l'AMO de novembre 2009 n'aurait pas eu d'effet sur les douleurs).
- 5) Limitations fonctionnelles : on veillera à trouver une activité permettant les positions alternées assis-debout, sans longs déplacements et/ou déplacements en terrain irrégulier, sans travail en position accroupie, et avec chaussage adéquat (supports plantaires et correction de la différence de longueur du MID). »

Dans un projet de décision du 23 juillet 2010 (annulant et remplaçant le projet de décision du 20 août 2009), l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser les mesures professionnelles et la rente d'invalidité, en particulier pour les motifs suivants :

« Du point de vue médical, vous ne présentez aucune affection psychiatrique invalidante au sens de l'Al et sur le plan somatique, nous pouvons raisonnablement admettre une capacité de travail dans l'activité d'aide-soignant limitée à 25-30% dès le 15.07.2009.

Par contre, dans une activité adaptée nous constatons que vous présentez dès le 15.07.2009 une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% en tenant compte de vos limitations fonctionnelles suivantes :

Activité permettant les positions alternées assis-debout, sans longs déplacements et/ou déplacements en terrain irrégulier, sans travail

en position accroupie, et avec chaussage adéquat (supports plantaires et correction de la différence de longueur du membre inférieur droit).

Pour déterminer votre degré d'invalidité, nous avons procédé à une évaluation théorique de votre capacité de gain, tant si vous n'étiez pas atteint que dans une activité adaptée dont le calcul est le suivant :

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

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, CHF 4'806.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TAa ; 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 2009 (41,7 heures ; La Vie économique, 10-2006 ; p.90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'010.26 (CHF 4'806.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 60'123.10.

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

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

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 54'110.75.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :

sans invalidité	CHF	60'123.10		
avec invalidité	CHF	54'110.75		
La perte de gain s'élève à	CHF	6'012.35	=	un degré d'invalidité de 10%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Un degré d'invalidité inférieur à 20% ne donne pas droit aux mesures professionnelles. »

Par décision du 30 mars 2011, l'OAI a rejeté la demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité pour les mêmes motifs.

B. Par acte du 6 mai 2011, L._____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation et à la constatation de son droit aux prestations, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Le recourant soutient que l'expert G._____ indique ne pas retenir une incapacité de travail dans une activité adaptée, que le Dr D._____ n'en retient pas non plus, mais ajoute cependant que le traitement n'est pas terminé. Il estime que la capacité de travail entière retenue par les experts suppose la continuation des thérapies en cours et fait abstraction du temps nécessaire pour suivre ses traitements. Il rappelle être en traitement permanent et soutenu sur les plans psychique et somatique, l'état de sa cheville n'étant pas stabilisé. Il relève que la formation de musicothérapie est une activité qui occupe environ 50% de son temps et est *a priori* bien adaptée, mais que sans le soutien de l'OAI, les risques sont grands de ne pas le voir terminer sa formation. Il en conclut que le temps consacré aux différentes thérapies (activité structurée proposée par l'OSD dans le but de stabiliser son abstinence, travail de psychothérapie intensive sur le modèle de la thérapie comportementale dialectique (TCD) comprenant la participation à un groupe thérapeutique et à un à deux entretiens individuels par semaine en plus du suivi avec la Dresse W._____ et thérapie familiale) ne lui permettent pas de suivre une formation à plein temps. Se référant au rapport du 2 novembre 2009 du psychologue B._____, il soutient qu'une formation à plein temps ou une activité professionnelle non qualifiée à plein temps serait en l'état actuel encore prématurée, son trouble de la personnalité ne s'atténuant pas avant un à trois ans, et qu'une formation à temps partiel éviterait une surcharge de stress d'épuisement, facteur majeur de réactivation des modes de fonctionnement perturbés de la personnalité ainsi que la dépendance à l'alcool d'où la nécessité de procéder par une réinsertion progressive. Il en conclut que la formation de

musicothérapie doit être prise en charge par l'intimé sous l'angle de l'art. 17 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), éventuellement des art. 14a et 16 LAI, de sorte qu'il aurait par conséquent droit au remboursement de tous les frais consentis dans cette formation et également à titre rétroactif à des indemnités journalières pour toute la durée de celle-ci ainsi que pour la période précédente d'indemnités journalières d'attente.

Le recourant conteste en outre le montant retenu comme salaire sans invalidité tel que retenu par l'OAI et fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : l'ESS). Il soutient que le trouble de personnalité est apparu au cours de l'adolescence et a été directement responsable de l'interruption de sa formation à l'école d'infirmiers en psychiatrie. Il en déduit que si le revenu hypothétique sans invalidité ne peut être déterminé de manière concrète, il doit en revanche être fixé en application de l'art. 26 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201). En se fondant sur l'ESS 2008, TA1, branche 85 santé et activités sociales, niveau de qualification 3, homme, adaptée à la durée de travail des entreprises de 41,7 heures hebdomadaires, il retient un revenu sans invalidité de 77'949 fr. 81. Il estime en outre que l'abattement de 10% est insuffisant au regard des désavantages salariaux qu'il subit en raison de la nature de ses limitations fonctionnelles, des risques d'absentéisme évident qui en découle, du fait qu'il n'a jamais véritablement intégré le marché du travail, le taux d'abattement devant être de 25%. Il estime dès lors que le revenu avec invalidité qui doit être retenu s'élève à 45'092 fr. 29. Après comparaison des revenus, il retient un taux d'invalidité de 42.15 %, ouvrant, selon lui, non seulement le droit à un quart de rente mais également à une formation complète sous l'angle l'art. 17 LAI.

L'OAI conclut au rejet du recours, estimant l'art. 26 al. 2 RAI inapplicable, le fait que le trouble de la personnalité ait pu être la cause de l'interruption de la formation professionnelle n'étant pas établi. Il a en outre relevé que le taux d'abattement de 10% était conforme à la situation du recourant et à la jurisprudence. Il a produit un avis médical

établi le 26 septembre 2011 par les Drs K._____ et R._____ du SMR dont il résulte qu'à la lecture du dossier, les éléments à disposition ne sont pas susceptibles de rendre vraisemblable que l'interruption de la formation d'infirmier puisse être imputable aux troubles de la personnalité dont souffre l'assuré. Ils relèvent en outre qu'un complément d'expertise auprès du Dr G._____ reste toujours imaginable tout en sachant qu'il est extrêmement difficile de se prononcer sur l'état de santé de la sphère psychique concernant une tranche de vie remontant à près de 20 années.

Par réplique du 24 octobre 2011, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a produit un rapport du 18 octobre 2011 du psychologue B._____, lequel estime notamment que jusqu'au mois de juin 2011, le trouble de la personnalité est faiblement décompensé et agit encore mais à bas bruit, le recourant faisant de nombreux efforts soutenus pour limiter l'intensité des débordements émotionnels dans le cadre de ses relations affectives, familiales, et dans le contexte de son insertion socioprofessionnelle. Il relève que si les symptômes extérieurs ne sont plus aussi intenses et objectifs qu'auparavant, sa sensibilité reste encore intérieurement exacerbée et nécessite la poursuite du suivi afin de consolider une stabilité débutante.

Le recourant a également produit une lettre adressée le 24 octobre 2011 par la Dresse W._____ à son conseil, dans laquelle elle déclare ne pas avoir écrit que le recourant avait une capacité de travail complète. Elle indique, en se référant à son rapport du 18 mai 2009, que le trouble de personnalité du recourant a été à l'origine de ses difficultés scolaires et de formation ultérieure. Elle mentionne aussi que depuis quelques semaines, le recourant vit à nouveau une situation psychique instable ce qui illustre bien, à son avis, qu'un trouble de la personnalité produit chroniquement des effets psychiques déstabilisants et qu'un patient apprend au long de sa vie à en limiter les effets destructeurs, en quelque sorte d'apprivoiser son dysfonctionnement émotionnel.

L'OAI a maintenu ses conclusions dans sa duplique du 3 novembre 2011.

C. Le dossier de la CNA a été produit céans. Il en résulte notamment un rapport médical du 29 septembre 2010 du Dr N._____, spécialiste en chirurgie, lequel mentionne ce qui suit :

« APPRECIATION

Nous nous trouvons à pratiquement 2 ans d'une fracture ouverte du pilon tibial D, avec fracture comminutive du calcanéum D et rupture du tendon du jambier postérieur droit.

Les séquelles de cet accident sont une arthrose sous-astragaliennne, une impossibilité de marcher sur la pointe du pied D (rupture du tendon jambier postérieur) et une hypo-sensibilité du talon D. Du point de vue assécurologique, la profession d'aide-infirmier n'est plus exigible. Par contre, dans une activité adaptée, c'est-à-dire respectant les limitations fonctionnelles suivantes : possibilité d'alterner les positions assis-debout, sans long déplacement et déplacement en terrain irrégulier, sans travail en position accroupie, sans port de charges de plus de 15 kg et avec chaussures adéquates (supports plantaires et correction de la différence de longueur des jambes), le patient a une capacité de travail de 100%.

Sont à la charge de la Suva, suivant l'art. 21 OLAA, 2 fois 9 séances de physiothérapie, par an si prescrites, et ceci jusqu'à fin 2011, ainsi que les supports plantaires prescrits. »

Compte tenu de cette appréciation médicale, le Dr N._____ a évalué l'atteinte à l'intégrité à 15%.

D. Un complément d'expertise a été demandé en cours de procédure au Dr G._____, lequel a établi son rapport le 5 juin 2012, dont il résulte notamment ce qui suit :

« L'assuré L._____ présente un trouble de personnalité qui a été attribué au sous- groupe spécifique du trouble mixte de personnalité pour des motifs qui ont été documentés dans mon rapport d'expertise et sur lesquels il n'y a pas lieu de revenir.

Selon le DSM-IV-TR, un trouble de la personnalité est un mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévient notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, qui est envahissant et rigide, qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui est source d'une souffrance et d'une altération du fonctionnement.

En se référant aux informations que j'ai obtenues lors des consultations du 25.02.2010 et du 23.03.2010 et à des documents

figurant au dossier dont le rapport médical circonstancié du 18.05.2009, je suis à même de rappeler les éléments suivants :

- L'assuré consommait du cannabis et de l'alcool et manquait fréquemment ses cours à la période scolaire. Il aurait été renvoyé pour indiscipline.
- Il est emprisonné dans l'établissement pour adolescents de [...] pour petite délinquance. Il y aurait eu de nombreuses fugues.
- Il y a une période où il aurait été sans domicile fixe et vivait dans des squats.
- L'assuré a trouvé une certaine stabilité dans le cadre strict de la vie militaire mais a eu des difficultés avec ses supérieurs hiérarchiques.
- Il travaille ensuite dans des postes intérimaires d'aide infirmier sans que des problèmes soient mentionnés mais sans davantage s'être stabilisé sur le plan professionnel.

Ces informations, qu'il n'y a pas lieu de mettre en doute, témoignent du dysfonctionnement chronique de l'intéressé.

C'est à la suite de ces événements que M. [...] [recte : L. _____] a fréquenté l'école d'infirmier en psychiatrie. Ses stages sont validés de justesse, ce qui est tout à fait inhabituel. Son comportement général n'aurait pas été ce qu'il aurait dû être. L'assuré est finalement renvoyé.

La suite de son existence a été à l'avenant avec une instabilité personnelle, relationnelle et socio professionnelle, comme cela a été mentionné dans mon rapport médical du 13.04.2010. A l'époque de mon rapport, le sujet semblait évoluer vers une certaine amélioration.

Si le trouble de personnalité de l'assuré génère des dysfonctionnements et une souffrance significative, il n'est pas suffisamment grave pour être considéré comme un trouble mental stricto sensu dans le cas particulier de M. L. _____. Il ne vaut dès lors pas pour des limitations et une incapacité de travail per se. Le soussigné ne revient pas sur les conclusions de son rapport médical du 13.04.2010.

Le trouble de personnalité de M. L. _____ génère par contre des dysfonctionnements avec un manque de stabilité en conséquence. Il crée des problèmes relationnels qui peuvent être majeurs. Il fonde des carences adaptatives et des comportements inadéquats. Sans que l'intéressé doive être considéré comme irresponsable, on doit dès lors admettre que sa pathologie de personnalité a pu avoir un rôle déterminant pour produire les comportements inadéquats qui ont abouti au renvoi de son école d'infirmier. Elle peut aussi fonder les échecs que l'intéressé a rencontrés dans ce domaine de formation professionnelle pour la suite.

Le soussigné tient aussi à préciser que M. [...] [recte : L. _____] a certainement les moyens psychologiques d'assumer une activité d'aide soignant ou d'aide infirmier, par exemple. Il n'est par contre pas certain que ses ressources relationnelles et sa capacité à contrôler ses impulsions soient compatibles avec les exigences élevées du cahier des charges d'un infirmier et d'un infirmier en

psychiatrie, en particulier. Il n'est pas exclu que les responsables de l'époque aient pris conscience de ces lacunes en regard des exigences de la fonction et qu'ils aient dès lors voulu écarter l'intéressé d'une profession pour laquelle ils ont eu des doutes qu'il possède les ressources personnelles requises.

Au vu de ce qui précède, j'arrive à la conviction que le trouble de personnalité de l'intéressé a pu déterminer des comportements inadéquats lors de son école d'infirmier et déterminer son renvoi.

Je mets en doute que ce sujet ait les compétences personnelles qui sont requises pour les responsabilités d'un métier d'infirmier et d'infirmier en psychiatrie, en particulier. Je présume que les responsables de l'époque se sont aussi rendus compte de ce problème.

Au terme de cette réflexion, j'arrive dès lors à la conclusion que le recourant présente et présentait dans les années 1991 à 1993 une atteinte à la santé psychique qui permet d'expliquer selon toute vraisemblance l'échec de sa formation d'infirmier et d'infirmier en psychiatrie et que la profession projetée est difficilement compatible avec son trouble de personnalité. »

Dans ses déterminations du 11 juin 2012, le recourant estime que ce rapport complémentaire établit que l'atteinte à la santé psychique a entraîné l'échec de sa formation en qualité d'infirmier et d'infirmier en psychiatrie, l'art. 26 RAI étant dès lors applicable.

Dans ses déterminations du 28 juin 2012, l'OAI estime que l'expert lie très clairement l'inadéquation entre le trouble de la personnalité et l'activité d'infirmier en psychiatrie aux exigences spécifiques de cette dernière profession en termes de compétences et de ressources personnelles, et qu'ainsi, le fait que le recourant n'ait à ce jour pas de qualifications professionnelles suffisantes ne peut être mis en relation avec la notion d'invalidité, dès lors qu'il a effectué un choix inadapté en optant pour une formation d'infirmier en psychiatrie et qu'une fois celle-ci interrompue, il n'a pas tenté de s'orienter sur une autre voie préférant reprendre l'activité d'aide-soignant. Il en déduit que si le trouble de la personnalité peut expliquer que le recourant n'ait pas acquis la qualification d'infirmier en psychiatrie, il n'explique pas qu'il soit resté à ce jour sans qualifications professionnelles suffisantes. Il considère dès lors que l'art. 26 al. 1 RAI n'est pas applicable. Il estime que l'art. 26 al. 2 RAI n'est pas applicable non plus dès lors que l'invalidité n'est pas survenue au cours de la formation professionnelle. Il en conclut qu'en l'absence d'un

degré d'invalidité de l'ordre de 20%, le droit potentiel à un reclassement professionnel au sens de l'article 17 LAI ne peut être reconnu, que sous l'angle de l'art. 16 LAI, seuls les frais supplémentaires qui peuvent être mis en relation avec l'invalidité doivent être pris en considération et qu'il ne voit pas en quoi la formation de musicothérapeute serait plus onéreuse pour le recourant que pour n'importe quelle autre personne inscrite à ce cursus.

L'intimé a produit un avis médical du 12 juin 2012 des Drs C. _____ et K. _____, dont la teneur est la suivante :

« Le juge instructeur a pris la décision d'interroger le Dr G. _____, afin qu'il réponde à la question de savoir si l'assuré présentait entre 1991 et 1993 une atteinte à la santé psychique permettant d'expliquer selon toute vraisemblance l'échec de sa formation d'infirmier en psychiatrie.

Dans sa réponse datée du 05.06.2012, le Dr G. _____ démontre à satisfaction et en étayant clairement, que M. L. _____ présentait bel et bien une atteinte à la santé psychique (en l'occurrence le trouble de personnalité) qui permet d'expliquer selon toute vraisemblance l'échec de la formation en tant qu'infirmier et infirmier en psychiatrie, ajoutant que la profession projetée était difficilement compatible avec son trouble de personnalité.

Nous n'avons pas de raison médicale de nous écarter des conclusions du Dr G. _____ . »

Le 20 décembre 2012, le recourant a produit céans la copie d'un courrier remis le même jour à l'OAI, se référant à une lettre que lui a adressée cet office le 30 octobre 2012. Il mentionnait en substance arriver au terme de sa formation de musicothérapie et disposer déjà actuellement d'une disponibilité entière pour envisager son avenir professionnel après l'obtention de son diplôme qui devrait intervenir d'ici six mois environ. Il soulignait qu'arrivé au terme de sa formation, il avait fait le constat qu'il y avait peu d'offres dans ce domaine et souhaitait l'appui de l'OAI pour déterminer les éventuels compléments de formation nécessaire ainsi que bénéficier d'une aide dans sa recherche d'emploi, les postes à plein temps étant rarissimes, de sorte qu'il lui semblait nécessaire de cumuler plusieurs emplois auprès de différentes institutions, ce qui compliquait la recherche d'emploi. Il rappelait ne jamais avoir souhaité une rente mais

uniquement une aide dans le cas de sa formation et de son insertion professionnelle.

Invité à se déterminer sur cette lettre, l'OAI a produit le 4 mars 2013 la prise de position du 4 février 2013 de ses services spécialisés dans les questions de réadaptation. Il en résulte que l'assuré ayant entamé de son propre chef une formation professionnelle de manière autonome, une orientation professionnelle n'était plus nécessaire et que, de toute manière, une telle mesure était liée aux mesures d'ordre professionnel pour lesquelles le droit n'était pas ouvert de même que les mesures de réinsertion. En revanche, l'assuré étant arrivé au terme de sa formation de musicothérapie, il avait besoin d'une aide dans sa recherche d'emploi et les conditions d'octroi d'une aide au placement au sens de l'art. 18 LAI étaient remplies. Il était proposé que le dossier soit transmis auprès d'un coordinateur emploi pour la mise sur pied de cette mesure.

Le recourant s'est déterminé sur cette écriture le 6 mai 2013.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et

contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à bénéficier de prestations de l'assurance-invalidité.

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

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins en moyenne durant une année sans interruption notable ; un degré d'invalidité de 40% 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 (art. 28 LAI).

4. 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 et les autres références citées). 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. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et qu'il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

5. En l'espèce, sur le plan somatique, les Drs F._____ et E._____ ont posé les diagnostics de status post ostéosynthèse du pilon tibial droit et du Chaput à droite ainsi que suture du jambier postérieur droit, de status post réduction ouverte et ostéosynthèse du calcanéum droit et de status post greffe de Thiersch de la face interne de la malléole interne droite. En ce qui concerne l'évolution du cas, le Dr T._____, dans un rapport du 9 juillet 2009, a estimé que sur le plan purement médico-théorique, une reprise progressive et partielle du travail pourrait être tentée dans la dernière activité exercée, savoir de 25% dès le 15 juillet 2009 et de 50% dès le 1^{er} août 2009, une capacité proche de 100% pouvant vraisemblablement être mise en valeur dans ces délais dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire, sans préjuger de l'incapacité de travail que pourrait nécessiter l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (ci-après : AMO) envisagée. Les Drs F._____ et Q._____ ont noté, après l'AMO, une petite amélioration clinique, le patient marchant sans canne mais avec persistance d'une boiterie de son membre inférieur droit, et également une douleur au niveau de la sous-astragaliennne, le recourant décrivant en outre des douleurs dorso-lombaires ces derniers mois. Ils estimaient que des douleurs chroniques allaient subsister à long terme et ne se sont par prononcés sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

Le Dr D._____ a également posé les diagnostics de status après fracture du calcanéum et du pilon tibial droits avec rupture du tendon du jambier postérieur, traitées par intervention chirurgicale avec importante déformation du calcanéum et incongruence-arthrose sous-astragaliennne. Bien que constatant que le traitement n'est pas terminé dès lors qu'il faudra enlever le métal au niveau du pilon et probablement procéder à une arthrodèse sous-astragaliennne, à moins qu'une fusion complète et spontanée ne survienne, il relève qu'en ce qui concerne l'exigibilité professionnelle, une appréciation peut déjà être faite car même si une arthrodèse chirurgicale de la sous-astragaliennne devait être faite, elle réduirait les douleurs, mais ne changerait pas les limitations fonctionnelles. Il estime dès lors que dans une activité adaptée en position alternée assis-debout, sans longs déplacements et/ou déplacements en terrain irrégulier, sans travail en position accroupie et avec un chaussage adéquat (supports plantaires et correction de la différence de longueur de jambe), une capacité de travail entière est exigible, rappelant que le Dr F._____ a déjà précisé l'essentiel de ces limitations dans son rapport à l'OAI du 12 mars 2009.

Enfin, le Dr K._____ a retenu que l'on pouvait raisonnablement admettre que la capacité de travail dans l'activité d'aide-soignant était limitée à 25-30% dès le 15 juillet 2009, mais que la capacité de travail médico-théorique dans une activité adaptée était de 100% et dès le 15 juillet 2009, date de l'examen du Dr T._____, puisque rien n'indiquait (en particulier dans le rapport d'expertise du Dr D._____) que l'état de santé se soit modifié depuis là (par exemple, l'AMO de novembre 2009 n'aurait pas eu d'effet sur les douleurs).

Les différents médecins qui ont examiné le recourant sont ainsi tous d'accord sur les diagnostics ainsi que sur les limitations fonctionnelles sur le plan somatique. En outre, ceux qui se sont prononcés sur la capacité de travail dans une activité adaptée l'estime entière.

Le rapport de l'expert D._____ comporte une anamnèse, fait état des plaintes du recourant. Fondée tant sur les pièces du dossier que sur un examen clinique, il est complet et bien motivé. Ses conclusions sont claires et convaincantes. Il n'y a aucun élément médical les mettant en doute. Ce rapport a dès lors valeur probante. Il y a lieu dès lors de retenir que le recourant a une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès juillet 2009.

6. Sur le plan psychique, le Dr G._____ a posé les diagnostics de trouble mixte de personnalité et de syndrome de dépendance alcoolique (en rémission). Il relève qu'un trouble de personnalité reste une affection chronique valant pour une certaine fragilité, l'émergence de troubles dans le futur n'étant dès lors de loin pas improbable, le pronostic psychiatrique restant tout de même réservé, même si les choses s'annoncent bien, en l'état. Constatant certes des troubles, il estime qu'il n'y a pas en l'état de limitations psychopathologiques dans une activité adaptée à la problématique somatique. L'expert admet ainsi que des mesures professionnelles sont justifiées, précisant qu'une formation en musicothérapie correspond aux limitations physiques du recourant, n'est pas contre-indiquée par les troubles psychiques de ce dernier et peut dès lors être encouragée.

La Dresse W._____ estime, dans son rapport du 2 octobre 2009, que l'état du recourant ne correspond pas à une situation psychiatrique stabilisée, ou asymptotique, avec une capacité de travail entière. Elle relève également dans son dernier rapport ne jamais avoir écrit que le recourant avait une telle capacité de travail. Elle ne se prononce toutefois pas sur le taux de réduction de celle-ci. Comme rappelé ci-dessus, l'expert G._____ a pris en compte l'affection chronique dont souffre le recourant ainsi que la fragilité de celui-ci dans son appréciation. Il n'est en outre pas établi que l'état de santé du recourant se soit aggravé depuis la date de l'expertise jusqu'à celle de la décision attaquée le 30 mars 2011, le psychologue B._____ ayant indiqué dans son rapport du 18 octobre 2011 que jusqu'en juin 2011, le

trouble de personnalité était faiblement décompensé et agissait encore mais à bas bruit.

L'appréciation de la Dresse W._____ ne saurait donc être suivie.

L'expertise du Dr G._____ comporte une anamnèse, fait état des plaintes du recourant. Fondée tant sur les pièces du dossier que sur un examen clinique, elle est complète et bien motivée. Ses conclusions sont claires et convaincantes. Il n'y a aucun élément médical les mettant en doute. Elle a dès lors valeur probante.

Il n'y a en conséquence pas lieu de retenir une incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

7. Sur le plan économique, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). L'année déterminante est celle de l'ouverture du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a), soit 2008 en l'espèce.

Il y a lieu d'examiner si le revenu sans invalidité doit être déterminé selon la méthode adoptée par l'OAI, qui s'est fondé sur l'ESS 2008, TA1, niveau de qualification 4, pour calculer le salaire sans invalidité comme cela résulte de la fiche de calcul du 6 juillet 2010, ou en application de l'art. 26 al. 1 ou 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201).

a) Selon l'art. 26 al. 1 RAI, lorsque la personne assurée n'a pu acquérir de connaissances professionnelles suffisantes à cause de son invalidité, le revenu qu'elle pourrait obtenir si elle n'était pas invalide correspond en pour-cent, selon son âge, aux fractions suivantes de la médiane, actualisée chaque année, telle qu'elle ressort de l'enquête de l'Office fédéral de la statistique sur la structure des salaires :

Après ... ans révolus	Avant ... ans révolus	Taux en %
	21	70
21	25	80
25	30	90
30		

En l'espèce, si l'expert s'est expressément référé à la formation d'infirmier et infirmier en psychiatrie commencée par le recourant, dont il estime qu'elle n'a pu être achevée à cause du trouble psychique de celui-ci, la Dresse W._____, dans son rapport du 18 mai 2009, indique que les caractéristiques du trouble apparues vers l'âge de 15-16 ans sont à l'origine des difficultés scolaires du recourant et de ses échecs de formations ultérieures. Elle ajoute que ce trouble est à l'origine de la désinsertion sociale du recourant, marquée par une grande instabilité, et de sa difficulté à s'engager durablement au niveau professionnel, ceci malgré des capacités cognitives qui semblent très bonnes et au sujet desquelles aucun déficit n'est à relever *a priori*. Elle conclut que le parcours de vie du recourant montre que des troubles psychiques complexes au niveau de l'adolescence et au début de l'âge adulte sont à l'origine de son absence de formation et de sa difficulté à s'insérer professionnellement. Le Dr X._____ mentionne également une évolution le plus souvent chaotique de la situation du recourant, comme d'ailleurs l'expert (p. 10 de l'expertise) et les autres spécialistes qui ont suivi le recourant.

Il est ainsi établi que c'est à cause de son trouble que le recourant est resté à ce jour sans qualifications professionnelles

suffisantes et non pas seulement parce qu'il a dû, pour ce même motif, abandonner sa formation d'infirmier en psychiatrie. Il suit de là que l'art. 26 al. 1 RAI paraît applicable.

Selon la lettre-circulaire de l'OFAS (Office fédéral des assurances sociales) du 25 septembre 2008, le revenu moyen des salariés lors de l'évaluation de l'invalidité de l'art. 26 al. 1 RAI est de 75'000 fr. depuis le 1^{er} janvier 2009 pour les assurés de plus de 30 ans, comme c'est le cas du recourant.

b) Selon l'art. 26 al. 2 RAI, lorsque l'assuré a été empêché par son invalidité d'achever sa formation professionnelle, le revenu qu'il pourrait obtenir s'il n'était pas invalide est le revenu moyen d'un travailleur de la profession à laquelle il se préparait.

L'art. 26 al. 2 RAI n'interdit ainsi pas de se fonder, dans un cas particulier, sur le revenu que procure une certaine profession, lorsque des indices sérieux permettent de croire que l'assuré aurait acquis la formation nécessaire pour exercer cette profession (RCC 1963, p. 220 et 473 ; cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2103 et 2104, p. 561). Selon le ch. 3039 CIIAI (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, valable à partir du 1^{er} janvier 2011), cette disposition vise les assurés qui ont commencé une formation professionnelle et n'ont pas pu la terminer parce que le cas d'invalidité est survenu, mais aussi ceux qui, bien qu'ayant achevé leur formation, n'ont pas pu exercer la profession apprise en raison de leur invalidité. Sont également concernés les assurés qui, en raison de leur invalidité, ont dû suivre une formation offrant un degré de qualification inférieur à la formation commencée ou envisagée au départ. L'expression « formation envisagée » se réfère à la situation d'une personne jeune ayant des projets concrets en ce qui concerne sa formation mais qui devient invalide peu avant de commencer cette formation.

Dans l'arrêt RCC 1963 p. 473, où il s'agissait d'un cas d'une assurée née en 1910, souffrante depuis plusieurs années notamment en raison d'une malformation d'un pied, de polyarthrite et d'une tuberculose pulmonaire qui avait appris le métier de couturière mais ne l'avait jamais exercé, le Tribunal fédéral a considéré qu'il fallait retenir comme salaire hypothétique celui de la profession de couturière. Dans un autre arrêt RCC 1963 p. 365, qui concerne le cas d'un assuré né en 1910, le Tribunal fédéral mentionne au considérant 3b que bien qu'ayant perdu deux doigts dans un accident en 1925, l'assuré a appris le métier de monteur sur machines dans une fabrique de chaussures mais n'a jamais exercé ce métier, ayant reconnu probablement pendant son apprentissage que son infirmité l'empêchait d'exercer correctement ce métier, ce qui expliquait son abandon. Le Tribunal fédéral a dès lors considéré que le tribunal de première instance qui avait pris en compte comme salaire sans invalidité celui de monteur sur machines n'avait pas outrepassé son pouvoir d'appréciation.

Il apparaît dès lors douteux que l'art. 26 al. 2 RAI ne soit pas applicable pour le motif que l'invalidité n'est pas survenue au cours ou après la formation professionnelle comme le soutient l'OAI et ce qui semble résulter de la circulaire précitée.

Si l'on applique cette disposition, le salaire sans invalidité peut alors se fonder comme le soutient le recourant sur l'ESS 2008, TA1, n° 86-88 santé humaine et action sociale, niveau de qualification 3, homme, soit un salaire moyen de 6'230 fr., qu'il faut indexer à l'année 2009 (2,1%). Le nombre d'heures hebdomadaire est de 41,6 heures (La Vie économique, Revue de politique économique 1/2-2012 B 9.2). Le salaire annuel en 2009 serait ainsi de 79'383 fr. 16.

Le point de savoir lequel des deux alinéas de l'art. 26 RAI est applicable peut toutefois rester indécis.

c) En effet, en l'absence, comme en l'espèce, d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la

survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible – le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; VSI 1999 p. 182).

Le montant résultant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement. La mesure de cette réduction dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75 consid. 5a/bb et les références citées ; voir également TF I 848/05 du 29 novembre 2006, consid. 5.3.3).

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 2008, 4'806 fr. par mois, part au 13^e salaire comprise (ESS 2008, 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 2008 (41,6 heures), le revenu mensuel s'élève à 4'998 fr. 24 (4'806 fr. x 41,6 / 40), ce qui donne un salaire annuel de 59'978 fr. 88, soit après adaptation de ce

chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (2,1%), 61'238 fr. 44.

En ce qui concerne le taux d'abattement, le recourant estime qu'il devrait être de 25%.

Le recourant était âgé de 41 ans au moment de la décision attaquée. Son âge ne saurait dès lors justifier un abattement. Sa capacité de travail est entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques, soit une activité permettant les positions alternées assis-debout, sans longs déplacements et/ou déplacements en terrain irrégulier, sans travail en position accroupie, et avec chaussage adéquat (supports plantaires et correction de la différence de longueur du membre inférieur droit). L'expert n'a pas retenu de limitations sur le plan psychiatrique.

Compte tenu de ces limitations fonctionnelles, seul élément à prendre en compte, une réduction de 10% comme l'a retenu l'OAI apparaît justifiée.

Le revenu avec invalidité est dès lors de 55'114 fr. 59.

Si l'on retient le salaire sans invalidité fondé sur l'art. 26 al. 1 RAI, soit 75'000 fr, le taux d'invalidité est de 26,51% ($[(75'000 \text{ fr.} - 55'114 \text{ fr.} 59) \times 100] / 75'000 \text{ fr.}$).

Si l'on retient le salaire sans invalidité fondé sur l'art. 26 al. 2 RAI, soit 79'383 fr. 16, le taux d'invalidité est de 30,57% ($[(79'383 \text{ fr.} 16 - 55'114 \text{ fr.} 59) \times 100 / 79'383 \text{ fr.} 16]$).

Dans l'un comme dans l'autre cas, le droit à la rente n'est pas ouvert.

8. L'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente, de mesures de

réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer ou à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Selon l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18 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 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2 ; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4). Le Tribunal fédéral a en outre admis qu'un taux d'invalidité de 18,52%, suivant les circonstances du cas, permettait de considérer que le seuil minimum de 20% environ pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement était atteint (TFA I 665/99 du 18 octobre 2000).

Dans le cas présent, le taux d'invalidité est supérieur à 20%.

L'OAI a nié le droit du recourant à de telles mesures au seul motif que le taux de 20% n'était pas atteint. Il n'a dès lors pas examiné si les autres conditions pour l'octroi de telles mesures étaient réunies.

Partant, il y a lieu de lui renvoyer la cause pour qu'il instruisse sur ces questions puis rende une nouvelle décision.

9. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

a) 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI).

Vu l'issue du litige, les frais de procédure, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge de l'intimé.

b) Obtenant gain de cause, le recourant a droit à des dépens, arrêtés à 2'000 fr., à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 30 mars 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à L. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

- IV.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap, Service juridique (pour L. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :