

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 août 2015

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Moyard et Rossier, assesseures
Greffier : M. Cloux

Cause pendante entre :

X._____, à [...], recourant, représenté par Me Alain Pichard, avocat à Vevey,

et

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

Art. 6, 8 al. 1, 16 LPGA ; art. 4 al. 1, 17 al. 1, 28, 28a al. 1 LAI

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...] , d'origine [...], séparé de sa troisième épouse, droitier, sans formation professionnelle mais ayant eu diverses occupations dont celle de cuisinier pendant plusieurs années, a subi un accident de circulation le 1^{er} décembre 2009, qui a causé une contusion thoracique et des douleurs cervicales.

Le 6 mai 2010, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), a rendu un rapport dans lequel il a conclu qu'il était hautement probable que l'accident ne déploie plus d'effet voire, sous réserve d'une évaluation psychiatrique spécialisée, qu'il n'y ait plus d'affection médicale justifiant un traitement. Il a toutefois préconisé une observation stationnaire et multidisciplinaire afin d'étayer cette impression.

Le 22 juillet 2010, l'assuré a eu un second accident dans le cadre d'une altercation, qui a entraîné une fracture du radius distal gauche. Il a subi le lendemain une réduction sous narcose et une ostéosynthèse par triple embrochage, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) ayant été effectuée le 2 novembre 2010.

L'assuré a séjourné à la W._____ (ci-après : W._____) du 9 novembre au 6 décembre 2010. Les rapports suivants ont été rendus à la suite, respectivement dans le cadre de ce séjour :

- un rapport du 15 novembre 2010 du Dr J._____, spécialiste en médecine nucléaire, consécutif à une scintigraphie osseuse du 12 novembre 2010, concluant à l'absence d'image compatible avec une fracture costale actuellement non consolidée et indiquant que les hypercaptations au niveau distal du radius, du poignet et de la main gauches étaient

encore explicables par le status après fracture intra-articulaire du radius et par les interventions des 22 juillet et 2 novembre 2010;

- un rapport d'ENMG (réd. : électroneuromyographie) du 19 novembre 2010 du Dr Z._____, neurologue, qui, relevant que l'approche clinique était limitée par le contexte post-opératoire, a fait état d'une neuropathie d'enclavement du médian gauche au tunnel carpien jugée non gênante et d'une tendinopathie à l'origine du déficit d'extension du pouce gauche, touchant surtout le tendon du long extenseur, sans composante neurogène;
- un rapport de consilium psychiatrique du 22 décembre 2010 du Dr L._____, psychiatre, qui a mentionné une surcharge psychique avec quelques éléments dépressifs, traitée par voie médicamenteuse, ainsi que la mise en place de quelques entretiens psychologiques;
- un rapport du 8 février 2011 à la CNA des Drs N._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, et O._____, médecin-assistant, qui a conclu à une incapacité totale de travail du 9 novembre 2010 au 1^{er} janvier 2011, sur la base de l'appréciation suivante :

"(...) A l'admission le patient se plaint de douleurs cervicales et lombaires, ainsi que de douleurs du poignet et de la main gauches. Les douleurs de la colonne vertébrales sont cotées à 2/10 sur l'EVA douleurs. Le patient se plaint d'un déficit d'extension du pouce et du poignet gauches. Le sommeil est perturbé en raison de douleurs. Son moral est abaissé.

Au status on note une légère tuméfaction de la face dorsale de la main gauche. La palpation des métacarpiens et au niveau de la fracture est douloureuse. La mobilité du poignet est limitée avec une flexion à 30° et une extension de 0°. L'enroulement des doigts est complet. On note un déficit d'extension en actif du pouce gauche. Concernant la colonne cervicale la palpation au niveau inférieur est douloureuse. La mobilité est complète. La mobilité de la colonne lombaire est bonne avec un Schober lombaire de 10 cm-14 cm et une distance doigt-sol de 6 cm. L'extension est normale mais

douloureuse ainsi que l'inclinaison latérale ddc. La manœuvre de Lasègue est négative.

Les RX (réd. : imageries au rayon X) cervicales du 01.12.2009 mettent en évidence une uncarthrtose débutante aux niveaux C4-C5 et C5-C6.

Nous avons complété le bilan radiologique par des RX standards de la colonne dorso-lombaire effectuées le 11.11.2010, qui montrent une spondylolyse L5 bilatérale d'origine non traumatique, et un minime spondylolisthesis L5-S1, lui aussi d'origine non traumatique (de degré I selon Meyerding).

Au vu de la notion de fractures costales rapportées par le médecin de famille, nous avons effectué une scintigraphie osseuse le 12.11.2010, qui ne montre pas d'image compatible avec une fracture costale qui serait actuellement non consolidée. Il y a par contre des hypercaptations au niveau distal du radius, du poignet et de la main du côté gauche, qui sont encore explicables par le status après fracture intra-articulaire du radius et l'ablation du matériel d'ostéosynthèse dix jours avant scintigraphie.

L'examen neurologique électro-clinique montre l'existence d'une neuropathie d'enclavement du nerf médian gauche au tunnel carpien susceptible de rendre compte d'un engourdissement digital manuel intermittent, jugé non gênant et qui ne nécessite de ce fait aucune mesure.

Le status a montré des signes compatibles avec un rupture du tendon long extenseur du pouce gauche. Notre consultant chirurgien de la main mentionne que le patient est en cours de rééducation et qu'il y a lieu de la poursuivre pour le poignet gauche. Il retrouve un déficit d'extension du pouce gauche, qu'il considère en rapport avec un probable allongement du cal tendineux puisque le déficit est partiel. Il pourrait être indiqué d'envisager une réanimation de l'extension du pouce par transfert de l'extenseur propre de l'index.

L'évaluation psychiatrique met en évidence des signes de surcharge psychique avec quelques éléments dépressifs qui justifient la poursuite du traitement de Paroxétine 20 mg à raison d'un cp le matin.

X. _____ a participé à quelques entretiens psychologiques de soutien, dans un premier temps concentrés sur la douleur et les croyances qui s'y rattachent. Dans un deuxième temps, la prise en charge a été axée sur les soucis familiaux et professionnels, le patient se trouvant dans une situation économique difficile. X. _____ a également participé à une initiation à la relaxation qu'il a jugée utile.

L'ergothérapie pour le poignet et la main gauches a amené une bonne amélioration de la force et de l'intégration de la main gauche dans les activités. La force a augmenté à gauche, mais reste déficitaire par rapport au membre supérieur droit. La mobilité des doigts est complète en passif, par contre il persiste le déficit d'extension active du pouce gauche (voir rapport de physiothérapie).

(...)

En ce qui concerne les rachialgies la physiothérapie a eu un impact très positif sur les plaintes du patient (Cf. rapport), raison pour laquelle nous préconisons une poursuite de la rééducation fonctionnelle en ambulatoire pour le dos, à visée d'amélioration de la fonction musculaire.

(...)"

Répondant les 19 novembre et 16 décembre 2010 ainsi que le 7 février 2011 aux questions de la CNA, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic de status après fracture comminutive intra-articulaire distale du radius gauche, exposant ne pas encore pouvoir déterminer la date de reprise du travail.

Le pouce gauche de l'assuré étant affecté par une impotence complète de l'extension de P2, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main, a pratiqué un transfert de l'extenseur propre de l'index gauche vers le pouce gauche le 16 mars 2011 (cf. protocole opératoire du 21 mars 2011 et rapport à la CNA du 8 avril 2011).

Par ordonnance pénale du 23 mars 2011, le Ministère public de [...] a déclaré l'assuré coupable de lésions corporelles simples et d'injures en lien avec l'altercation du 22 juillet 2010 et l'a condamné à vingt jours-amende à trente francs avec sursis pendant trois mois. A la suite de cette ordonnance, la CNA a rendu une décision du 6 avril 2011 octroyant à l'assuré, pour l'accident du 22 juillet 2010, des indemnités journalières dès le 7 décembre 2010 réduites de 50 % en raison des circonstances de l'accident. Elle a par ailleurs constaté que le traitement des suites du premier accident du 1^{er} décembre 2009 était achevé et qu'une indemnité journalière ne se justifiait pas pour cet accident.

Répondant aux questions de la CNA par rapports des 30 mai et 23 août 2011, le Dr C._____ a posé le diagnostic de rupture du long extenseur du pouce gauche, excluant la reprise du travail à ces moments.

Le 6 juillet 2011, le Tribunal d'arrondissement [...] a rendu un prononcé par lequel il a notamment pris acte du fait que la plainte pénale contre l'assuré avait été retirée et a ordonné la cessation de la poursuite pénale dirigée contre lui, relevant toutefois que l'intéressé avait eu un comportement répréhensible du point de vue du droit civil.

B. Le 6 septembre 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant qu'il travaillait depuis le 1^{er} septembre 2011 comme cuisinier à 50% pour un salaire mensuel de 1'900 fr., mais qu'il souffrait d'une lésion du tendon de la main gauche.

Par courrier du 7 novembre 2011, l'employeur de l'assuré a résilié leurs rapports de travail avec effet au 4 novembre 2011.

Dans un rapport du 13 octobre 2011 à l'OAI, le Dr C. _____ a retenu le diagnostic de rupture du long extenseur du pouce gauche, estimant l'incapacité de travail de son patient à 100% depuis l'accident puis à 50% dès le 1^{er} septembre 2011. Répondant le 24 novembre 2011 à une nouvelle demande de renseignements de la CNA, il a maintenu ce diagnostic et retenu celui de séquelles d'une fracture du poignet gauche, situant la reprise du travail à plein temps au 31 octobre 2011. Il a indiqué qu'une intervention de révision du tendon reconstruit aurait lieu le 29 novembre 2011.

A cette date, le Dr [...] a pratiqué une révision d'une ténolyse du long extenseur du pouce gauche, ses diagnostics étant ceux d'impotence fonctionnelle du long extenseur du pouce gauche après reconstruction et de douleurs à hauteur de la zone de greffe tendineuse (cf. protocole opératoire du 5 décembre 2012).

Dans un rapport à l'OAI, non daté mais indexé le 2 mars 2012, le Dr P. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de "fractures ostéosynthèse

radius gauche" depuis le 22 juillet 2010, de "spondylolyse cervico-dorso-*(illisible)*" depuis le mois de décembre 2009 et de "troubles dépressifs et d'adaptation sur syndrome post traumatique (guerre du [...])" depuis l'année 1995. Se référant uniquement à l'accident de circulation du 1^{er} décembre 2009, il a fait état d'une incapacité de travail totale du 1^{er} décembre 2009 au 22 juillet 2010, renvoyant pour le surplus à l'avis du Dr F._____.

Le 16 avril 2012, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a examiné l'assuré et rendu un rapport comprenant l'appréciation suivante :

"(...) Status après AVP en décembre 2009 avec contusion thoracique et cervicale.

Status après AVP en juillet 2010 avec fracture métaphyso-épiphysaire distale G traitée par ostéosynthèse par 3 broches.

Status après AMO du poignet G en novembre 2010.

Status après transfert de l'extenseur propre de l'index G sur le long extenseur du pouce G en mars 2011 pour rupture traumatique du long extenseur du pouce G.

Status après révision de cette suture avec ténolyse et raccourcissement de ce tendon le 29.11.2011.

Subjectivement, le patient se plaint encore d'importantes douleurs au niveau de la face dorsale de son poignet G, en particulier la nuit. Depuis l'accident de 2009, il se plaint, en outre, de douleurs latéro-sternales G dans la région des 3^{ème} et 4^{ème} espaces intercostaux et de lombalgies qui l'empêcheraient de rester plus de 20 à 30 minutes assis, en position statique.

Objectivement, patient à thymie diminuée, avec douleurs à la palpation de toutes les apophyses épineuses, douleurs à la palpation de la région latéro-sternale G au niveau des 3^{ème} et 4^{ème} espaces intercostaux, région qui est effectivement légèrement proéminente à la palpation par rapport à droite. Importantes douleurs à la palpation de la styloïde radiale G, de la face dorsale de tout le poignet G et de tous les métacarpiens G jusqu'au niveau des articulations méta-carpo-phalangiennes G. Légère amyotrophie du MSG (réd. : membre supérieur gauche). Légère limitation des amplitudes articulaires du poignet G et léger déficit d'extension active de la méta-carp-phalangienne du 1^{er} rayon de la main G ainsi que de l'articulation inter-phalangienne du pouce de la main G.
(...)"

L'assuré a à nouveau séjourné à W._____ du 8 au 30 mai 2012. Le 11 juin 2012, les Drs B._____, spécialiste en rhumatologie, et

S._____, chef de clinique adjoint, ont établi un rapport indiquant notamment ce qui suit :

"(...) APPRECIATION ET DISCUSSION

A l'admission, X._____ se plaint de douleurs sur le bord dorsal radial de la main gauche. Les douleurs sont décrites comme des brûlures, d'intensité variable, augmentées à l'activité mais sans facteur aggravant très clair. Le bord de la main est décrit parfois plus rouge et plus chaud. Il est soulagé par le froid. Il décrit un manque de force à la main gauche, avec difficultés de préhension et lâchages. En région lombaire basse, il décrit des douleurs augmentées au maintien prolongé d'une position assise, dès 20-30 minutes. Des douleurs thoraciques antérieures, para-sternales sont également présentes depuis son accident du côté gauche, constantes. La mobilisation du pouce gauche peut reproduire des douleurs lombaires !!

A l'examen clinique, la cicatrice au poignet gauche est calme, sensible à la palpation. L'extension de la phalange distale du pouce est possible en actif, augmentant les douleurs. Des douleurs sont décrites en regard de l'interligne radio-carpien dorsal, de la styloïde radiale. Il n'y a pas de trouble trophique, la main gauche étant légèrement plus transpirante. Les articulations sont souples à la main. Le poignet gauche est légèrement limité en flexion en actif, les mouvements étant plus lents au poignet et à la main gauches.

Les RX du poignet gauche f/p (réd. : face/profil) et des deux mains f du 14.05.2012 ne montrent pas de trouble de la minéralisation. Les rapports articulaires sont conservés.

Le patient a été présenté à la consultation de chirurgie de la main le 16.05.2012. Il persiste des dysesthésies dans le territoire de la branche sensitive du nerf radial. La réanimation du pouce après transfert tendineux est insuffisante sur le plan fonctionnel. Dans le contexte, chez un patient ayant déjà eu une révision de son transfert, il n'y a pas de proposition chirurgicale actuellement.

X._____ a été présenté à notre consultant-psychiatre le 11.05.2012. Aucun diagnostic psychopathologique n'est retenu chez un patient décrivant se sentir globalement mieux en comparaison au précédent séjour. Il a pu reprendre contact avec ses ex-femmes et ses enfants. Il n'est pas relevé de trouble anxieux ou de trouble de l'humeur. Durant le séjour il a été vu par notre psychologue en entretien individuel. Il est relevé que le patient a l'impression d'être lésé financièrement, estime être abandonné, et est en attente de solutions externes.

En ergothérapie, X._____ a suivi un programme (Cf. rapport) à visée d'intégration de la main gauche et de renforcement. La mise en route d'un programme est limitée par les douleurs annoncées par le patient. Au terme du séjour, subjectivement, la patient ne voit pas d'amélioration. Il décrit même une augmentation des douleurs. Objectivement, il n'y a pas de modification durant le séjour. Le bilan de 400 pts (pourcentage d'utilisation fonctionnelle de la main lésée)

s'élève à 73 % (mobilité de la main 50 %; force de préhension 82 %; prisme mono-manuelle et déplacements d'objets 81 %; fonction bi-manuelle 81 %). La force au Jamar 3^e cran est à 21.3 kg à gauche (- 5 kg par rapport à l'entrée); et 25.3 kg à droite. En comparaison avec le bilan réalisé en décembre 2010, il y a une amélioration de 18 pts du bilan 400 pts. Au vu de l'absence d'amélioration significative durant le séjour, de la participation jugée moyenne chez un patient devant continuellement être stimulé, il n'y a pas d'indication à la poursuite de l'ergothérapie.

En physiothérapie, X._____ a suivi un programme (Cf. rapport) à visée de reconditionnement global, d'intégration du membre supérieur gauche. Tant subjectivement qu'objectivement il n'y a pas d'amélioration durant le séjour chez un patient dont la participation est jugée faible dans les différents groupes, quittant prématurément les thérapies. Il n'y a pas d'indication à la poursuite de la physiothérapie à la sortie.

Une mini-ECF est réalisée le 29.05.2012. Le score au PACT (appréciation de ses propres capacités fonctionnelles par le sujet) de 108 correspond à l'appréciation par le patient de ne pouvoir réaliser des activités exigeant un niveau d'effort sédentaire ou essentiellement assis. La volonté de donner le maximum aux différents tests est jugée incertaine, des incohérences sont relevées. Le niveau d'effort fourni pendant l'évaluation correspond à un niveau d'effort sédentaire ou essentiellement assis, les charges allant jusqu'à 5 kg, les ports de charges de l'évaluation étant limités par les douleurs annoncées par le patient et ne correspondant finalement qu'au niveau d'effort que le sujet a bien voulu fournir.

Sur le plan socio-professionnel : sa dernière activité était celle de cuisinier. Une annonce AI est en cours. Aux ateliers professionnels, X._____ a travaillé par périodes allant jusqu'à 4 heures consécutives. Il a travaillé dans des activités très légères, les charges ne dépassant pas 5 kg. La motivation durant l'évaluation est jugée assez faible et il est relevé des difficultés de compréhension et de raisonnement. X._____ se projette difficilement dans une nouvelle activité professionnelle. Les pré-requis pour une phase I ne sont pas atteints.

A relever pendant le séjour des douleurs à l'oreille droite, mises sur le compte d'une otite externe, pour laquelle un traitement d'Otosporin a été prescrit pendant 5 jours.

En résumé : près de deux ans après une fracture intra-articulaire du radius distal gauche, traitée par embrochage, compliquée d'une rupture du long extenseur du pouce, traitée par transfert puis révision, ténolyse du transfert le 29.11.2011, il persiste des douleurs au poignet gauche. Il n'y a pas d'indication chirurgicale actuellement. Tant subjectivement qu'objectivement il n'y a pas d'amélioration au terme du séjour. La mise en route d'un programme de physiothérapie et d'ergothérapie étant limitée par les douleurs annoncées par le patient et limitant sa participation.

Sur le plan professionnel, on peut considérer l'incapacité de travail dans son activité de cuisinier comme définitive. Dans une activité adaptée, sans port de charges lourdes répété, ni mouvement

répétitifs du poignet gauche, une pleine capacité de travail est reconnue. L'attente de solutions extérieures, l'importance du retentissement fonctionnel perçu par le patient (score au PACT à 108) font penser que la reprise d'une activité professionnelle va poser problème.

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE CUISINIER

- 100 % de façon définitive.

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE RESPECTANT LES LIMITATIONS CI-DESSUS

- 0 % dès le 31.05.2012.
(...)"

Dans un rapport du 18 mai 2012 faisant suite à une *Computed radiography* (CR) des mains gauche (face) et droite (face) ainsi que du poignet gauche (face et profil) du 14 mai 2012, le Dr T._____, radiologue, a décrit une diminution modérée de la charge calcique et une discrète hétérogénéité de la structure osseuse de la styloïde radiale en relation avec une ancienne lésion traumatique. Il a relevé que l'anatomie globale des extrémités radiographiées était conservée, que les rapports articulaires étaient tous respectés et que les parties molles étaient sans particularité.

Dans un rapport du 18 juin 2012, le Dr C._____, a fait état d'une incapacité de travail de l'assuré de 50% dès le 1^{er} septembre 2011 et de 100% dès le 31 octobre 2011. Il a exposé qu'une activité avec limitation dans les charges lourdes répétées était immédiatement possible à raison de quatre heures par jour, et qu'une reprise de l'activité professionnelle respectivement une amélioration de la capacité de travail était prévisible à l'automne 2012. Selon lui, l'évolution depuis le 29 novembre 2011 était tout à fait favorable, la fonction de l'extension du pouce étant bonne et suffisante pour son activité professionnelle.

Par communication du 17 juillet 2012, l'OAI a octroyé une mesure de placement à l'assuré, exposant que ce dernier était réadaptable du point de vue de l'assurance-invalidité. Le même jour, il a rendu deux projets de décisions tendant d'une part au refus de la

demande de prestations dans la mesure où elle concernait un reclassement - considérant que l'intéressé ne présentait pas un manque à gagner durable d'au moins 20% - et, d'autre part, à l'octroi d'une rente entière pour la période du 1^{er} mars au 31 août 2012, pour les motifs suivants :

"(...) Résultat de nos constatations :

Depuis le 22 juillet 2010 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

Par votre demande du 6 septembre 2011, vous avez sollicité des prestations de notre assurance.

Suite aux investigations médicales qui ont été entreprises, vous subissez les incapacités de travail suivantes :

- 100 % du 22.07.2010 au 31.08.2011
- 50 % du 01.09.2011 au 30.10.2011
- 100% dès le 31.10.2011 à ce jour

Au vu de ce qui précède et à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 22 juillet 2011, votre incapacité de travail était de 100%.

En effet, selon la W. _____ (W. _____), votre activité habituelle de cuisinier n'est plus exigible.

Toutefois dans une activité qui tienne compte de vos limitations fonctionnelles (port de charges lourdes répété, mouvements répétitifs du poignet gauche) votre capacité de travail est exigible à 100 % et ceci **depuis le 31 mai 2012**.

Tel serait le cas dans des activités telles que :

- Surveillant de parking, conciergerie, gestion des stocks

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 2010, CHF 4'901.- par mois, par au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, 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 2010 (41,6 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'097.04.- (CHF 4'901.- x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de 61'164.48.-

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2011 (+ 1.00 % ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 61'776.12 (année d'ouverture du droit à la rente).

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, à 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 d'invalidé s'élève ainsi à CHF 55'598.51.

Pour évaluer votre perte de gain et donc votre degré d'invalidité, ce montant doit être comparé au revenu qui serait actuellement le vôtre si vous aviez poursuivi votre activité de cuisinier, soit un revenu annuel brut de CHF 49'400.- à 100 %.

Il ressort de cette comparaison des gains avant et après invalidité que vous êtes actuellement en mesure de retrouver une capacité de gain au moins égale à celle qui serait la vôtre sans invalidité.

Au vu de ce qui précède, nous constatons que vous ne subissez pas de préjudice économique lié à votre atteinte à la santé et ce depuis le 31 mai 2012.

Toutefois, vous auriez ainsi eu droit à une rente limitée dans le temps du 1^{er} juillet 2011 au 31 août 2012, soit 3 mois après votre capacité de travail exigible à 100 % depuis le 31 mai 2012 (rente entière du 01.07.2011 au 30.11.2011, puis demi-rente du 01.12.2011 au 31.01.2012, puis rente entière du 01.02.2012 au 31.08.2012).

Or, vous avez déposé votre demande de prestations AI le 6 septembre 2011 seulement. En application de l'article 29 LAI précité, le droit à la rente prend naissance au plus tôt six mois après le dépôt de la demande, en l'occurrence au 1^{er} mars 2012.

Notre décision est par conséquent la suivante :

- **Dès le 1^{er} mars 2012, le droit à la rente entière vous est reconnu et ce jusqu'au 31 août 2012, soit 3 mois après votre capacité de travail exigible à 100 %.**

(...)"

Le 15 août 2012, le Dr H. _____ a examiné une nouvelle fois l'assuré et a rendu un rapport à l'intention de la CNA avec l'appréciation suivante :

"(...) Status après AVP, à basse vitesse, le 01.12.2009 ayant entraîné des douleurs cervicales dorso-lombaires et thoraciques.

Status après AVP le 22.07.2010 avec fracture métaphyso-épiphysaire distale du radius G intra-articulaire, traitée par ostéosynthèse (AMO du pouce G le 02.11.2010) et compliquée par une rupture post-traumatique du long extenseur du pouce G. Cette rupture a été traitée par transfert de l'extenseur propre de l'index G sur le long extenseur du pouce G (le 13.03.2011) puis révision du transfert de cet extenseur propre de l'index avec ténolyse et raccourcissement du tendon le 21.11.2011.

La situation est actuellement stabilisée.

Subjectivement, le patient se plaint de douleurs évaluées entre 2-3/19 au niveau de la partie supérieure de l'hémi-thorax G, de constantes cervicalgies et dorso-lombalgies, l'obligeant à changer de position après une quinzaine de minutes en position statique et d'une sensation de chaleur constante au niveau de la partie distale de la face dorso-radiale de son avant-bras G avec intenses douleurs à la moindre mobilisation du pouce G et douleurs moins intenses à la mobilisation des autres doigts de la main G. La nuit, le patient serait régulièrement réveillé par des douleurs, un gonflement et une chaleur au niveau de la face dorso-radiale de la partie distale de son avant-bras G.

Objectivement, à l'examen clinique, douleurs à la palpation de tout le rachis avec douleurs plus importantes à la palpation du rachis cervical et de la région dorsale basse avec douleurs similaires à la palpation de la musculature para-vertébrale. Douleurs en fin d'extension et d'inclinaison de la nuque, douleurs lombaires au relèvement de la flexion globale antérieure, douleurs à la palpation douce de la partie supérieure de l'hémi-thorax G, douleurs à l'effleurement de la cicatrice au niveau de la face dorsale du premier métacarpien G et à la palpation de tout le poignet et de la main G, douleurs à la moindre mobilisation du pouce G et, dans une moindre mesure, à la mobilisation des autres doigts de la main G avec comme seule limitation fonctionnelle, un très léger déficit d'extension active de l'articulation méta-carpo-phalangienne et de l'articulation inter-phalangienne du pouce G. Très légère amyotrophie du MSG (- 1 cm chez un patient droitier) et sensibilité à l'effleurement du MSG décrite comme étant différente que celle du MSD.

Du point de vue radiologique, les RX du thorax, de la colonne cervicale, dorsale et lombaire effectuées en 2010, mettaient en évidence des lésions dégénératives au niveau du rachis et

démontraient que l'accident du 01.12.2009 n'avait entraîné aucune lésion structurelle.

Les RX du poignet G du 14.05.2012 montraient quant à elles des rapports articulaires conservés, sans développement de la moindre arthrose post-traumatique.

Les douleurs rachidiennes que présente le patient n'ont plus de lien de causalité pour le moins probable ni avec l'accident du 01.12.2009 ni avec l'accident du 22.07.2010, ces accidents n'ayant entraîné aucune lésion structurelle au niveau du rachis, le status quo sine est depuis longtemps atteint.

Les douleurs de la partie supérieure de l'hémi-thorax G que présente le patient ne semblent pouvoir être dans un rapport de causalité pour le moins probable avec un accident, à basse vitesse, sans lésion structurelle et datant de plus de 2 ans et demi. Quoi qu'il en soit, cette symptomatologie douloureuse ne justifie aucune limitation fonctionnelle particulière.

Les douleurs que ressent le patient au niveau de la face dorso-radiale de son avant-bras G sont elles, probablement, en relation avec la fracture métaphyso-épiphysaire distale du radius G intra-articulaire.

Ces douleurs rendent l'activité de cuisinier inexigible. Le patient a, par contre, une exigibilité totale dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges répété de plus de 15 kg, pas de mouvement répétitif et de mouvement répétitif du poignet G et pas d'effort répétitif du pouce G correspondant à une force de plus de 2,5 kg.

Reste à la charge de la Suva, le traitement antalgique du poignet G.

Les douleurs, sans arthrose ni importante limitation des amplitudes articulaires au niveau de l'extrémité du MSG n'ouvrent le droit à aucune IPAI.
(...)"

Par courrier à l'OAI du 14 septembre 2012, l'assuré - alors assisté de l'avocat Eduardo Redondo - s'est opposé au projet d'acceptation de rente du 17 juillet 2012, faisant valoir que les éléments médicaux de son dossier laissaient apparaître une capacité de travail qui n'était pas supérieure à 50%, y compris dans une activité adaptée.

Par lettre du 10 octobre 2012, l'assuré - agissant pour l'occasion en personne - a renoncé à l'aide au placement et requis l'abandon de cette mesure, exposant ne pas se sentir apte à prendre une activité professionnelle en raison de son état de santé.

Par décision du 15 octobre 2012, la CNA a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 novembre 2012, au motif que l'état de santé de l'assuré s'était notablement amélioré. Indiquant que les douleurs rachidiennes et celles de la partie supérieure de l'hémi-thorax gauche n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 22 juillet 2010, elle a cependant maintenu la prise en charge du traitement antalgique pour les séquelles à l'avant-bras gauche. Elle a finalement refusé de verser des prestations supplémentaires, en particulier une rente d'invalidé et une indemnité pour atteinte à l'intégrité, au motif que l'assuré ne présentait pas de handicap important ni de perte de gain due à l'accident.

Dans un rapport du 22 octobre 2012, le Dr C._____ a indiqué qu'il ne disposait pas d'éléments permettant de contester l'exigibilité à 100% d'une activité adaptée depuis le 31 mai 2012, le patient se plaignant toutefois du poignet gauche, sans que cette situation ne soit d'ordre chirurgical.

Le 5 novembre 2012, le Dr Q._____, spécialiste en rhumatologie, a adressé au Dr P._____ un rapport notamment libellé comme suit :

"(...) **Diagnostics**

- Douleurs résiduelles et limitation de la mobilité du poignet gauche dans le contexte d'un probable syndrome douloureux régional complexe.
 - Status post-fracture métaphyso-épiphysaire distale du radius gauche intra-articulaire avec bascule postérieure le 22.07.2010, traitée initialement par mise en place de 3 broches le 23.07.2010. Ablation du matériel d'ostéosynthèse le 02.11.2010.
 - Status post-chirurgie de transfert du tendon de l'extenseur propre de l'index pour pallier à la rupture du long extenseur du pouce gauche, opération du 16.03.2011.
 - Status post-révision chirurgicale, ténolyse du long extenseur du pouce gauche le 20.11.2011.
 - Dorso-lombalgies chroniques dans le contexte d'atteinte de spondylose et d'in spondylolisthésis de L5 sur S1 de degré 1.
 - Status post-accident de voiture 01.12.2009 avec pour conséquence des contusions thoraciques et cervico-dorsales.
 - Tabagisme chronique.
 - Possibles troubles de l'adaptation face à des situations de stress.
- (...)

Appréciation :

X._____ présente des douleurs résiduelles du bord radial de la main gauche dans le contexte post-fracture métaphyso-épiphysaire distale du radius gauche et d'un état post-deux chirurgies successives, de transfert du tendon de l'extenseur propre de l'index pour corriger la rupture du long extenseur du pouce et de ténolyse du long extenseur du pouce. Les douleurs résiduelles sont décrites comme permanentes et associées à un manque de force de la main gauche, ce qui entraîne des difficultés de préhension et l'impossibilité d'effectuer des activités bi-manuelles en force. Le patient a déjà bénéficié d'un séjour à W._____, néanmoins les thérapies appliquées n'ont pas permis d'apporter d'amélioration tant subjectivement qu'objectivement.

Face à la situation actuelle, les propositions thérapeutiques sont limitées, néanmoins, il paraît indiqué de reprendre les séances d'ergothérapie pour tenter d'améliorer les fonctions manuelles. A titre symptomatique, j'ai adjoint une médication de Prégabaline : Lyrica à une faible dose de 50 mg en prise vespérale, ainsi que l'application d'AINS topique. L'évolution devra être suivie et en cas de persistance des symptômes, il faudra éventuellement envisager de renouveler l'Imagerie par Résonance Magnétique, soit de demander une scintigraphie osseuse afin de déterminer s'il existe éventuellement un syndrome régional douloureux complexe résiduel sous-jacent. (...)"

Le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) s'est prononcé le 20 novembre 2012 sur la situation de l'assuré par les Drs R._____ et G._____, qui ont relevé que les constatations du Dr Q._____ recouvraient celles faites par les médecins de la W._____ au mois de mai 2012. Diverses limitations fonctionnelles (douleurs de la main gauche, manque de force de la main gauche, difficultés de préhension et impossibilité d'effectuer des activités bimanuelles de force) avaient été retenues. L'assuré étant toutefois droitier, il n'y avait ni aggravation, ni fait nouveau depuis que les médecins de la W._____ s'étaient prononcés..

A la suite de cet avis, la Division de réadaptation de l'OAI a établi le 15 mars 2013 une note de suivi dans laquelle elle a exposé que les professions de surveillant de parking, concierge - cette activité concernant surtout la maintenance technique et l'entretien dans de grandes structures avec un travail en équipe - ou gestionnaire de stock étaient adaptées aux limitations fonctionnelles retenues.

Par deux décisions distinctes du 9 avril 2013, envoyées pour notification le lendemain par courrier "B", l'OAI a confirmé le refus de reclassement et l'octroi d'une rente entière pour la période du 1^{er} mars au 31 août 2012, reprenant intégralement les motifs de ses projets du 17 juillet 2012.

C. Par acte du 13 mai 2013, X._____, représenté par Me Redondo, a interjeté recours contre la décision de refus de reclassement, concluant à son annulation et la mise en œuvre par l'intimé d'une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Indiquant que son droit à une rente, voire à des mesures de réadaptation, restait litigieux, le recourant a en substance fait valoir qu'il n'avait été soumis à aucun examen externe ni à aucune expertise quant à sa capacité de travail. Selon lui, les renseignements médicaux au dossier ne permettaient pas de déterminer avec précision quelles activités professionnelles étaient compatibles avec son état de santé, alors qu'il était touché par des atteintes complexes et variées. Il a reproché à l'intimé de n'avoir pas examiné son état de santé dans sa globalité, mais de s'être uniquement concentré sur la limitation de la mobilité de son poignet gauche.

Répondant le 13 juin 2013, l'intimé a proposé le rejet du recours, se référant aux conclusions du rapport de la W._____ du 11 juin 2012.

Par décision du 14 mai 2013 (AJ13.019830), le Juge instructeur a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire au recourant, l'exonérant de toute franchise mensuelle, et désigné Me Redondo en qualité de conseil d'office.

Dans sa réplique du 8 juillet 2013, le recourant a confirmé ses conclusions et requis, à titre de mesure d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il s'est déterminé une nouvelle fois dans ce sens le 8 janvier 2015, produisant un rapport du Prof. K._____,

spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique ainsi qu'en chirurgie de la main, du 25 novembre 2014, libellé comme suit :

"(...) J'ai ré-examiné à ma consultation du 2 novembre et votre client susnommé.

La situation reste stable avec des douleurs mal expliquées au niveau du pouce et du poignet pour lesquelles je n'ai plus de traitement à proposer.

Par ce courrier, je vous propose de demander une expertise médicale qui permettrait de déterminer l'incapacité de travail du patient ainsi que ses droits.
(...)"

L'intimé a dupliqué le 28 janvier 2015, soutenant que la pièce produite par le recourant n'apportait aucun élément nouveau et maintenant sa position.

Par décision du 20 mai 2015, le Juge instructeur a relevé Me Redondo de sa fonction et a désigné Me Alain Pichard en qualité de nouveau conseil d'office. Le Juge instructeur a fixé l'indemnité de conseil d'office de Me Redondo, complétée par prononcé du 26 mai 2015.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959; RS 831.20]).

b) Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA) devant le tribunal du domicile de l'office concerné (art. 69 al. 1 let. a LAI), qui statue en instance unique (art. 57 LPGA). Dans le canton de Vaud, cette compétence échoit à la Cour des assurances sociales du

Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD [loi vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008; RSV 173.36]).

c) L'acte de recours, qui doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions (art. 61 let. b LPGA), doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 60 al. 2 *cum* art. 38 al. 3 LPGA).

En l'espèce, la décision litigieuse a été envoyée le mercredi 10 avril 2013 et a ainsi été reçue au plus tôt le lendemain. Le délai de recours a ainsi couru dès le 12 avril 2013 au plus tôt pour échoir le samedi 11 mai 2013, reporté au lundi 13 mai 2013. Déposé à cette dernière date, le recours - qui remplit les conditions légales de forme - est ainsi recevable.

2. Est en l'espèce litigieux le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité, en particulier à des mesures d'orientation professionnelle.

3. a) 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; art. 4 al. 1 LAI).

Dans tous les cas d'atteintes à la santé, il n'appartient en aucune façon au seul médecin consulté (à titre d'expert) dans le cas concret de décider lui-même, de manière définitive et liant l'organe d'exécution (administration, tribunal), si l'affection constatée médicalement conduit à une incapacité (durable ou provisoire) de travail (de durée et de forme déterminées). La notion d'incapacité de travail est en effet une notion juridique (art. 6 LPGA; pour un exposé plus détaillé cf. ATF 140 V 193 consid. 3.1). Le rôle du médecin (en sa qualité d'expert)

est avant tout d'évaluer l'état de santé et, au besoin, de décrire son évolution au cours du temps, savoir de rendre compte des résultats obtenus au moyen d'un examen médical approprié et en tenant compte des plaintes subjectives et, sur cette base, de poser un diagnostic. Ce faisant, l'expert remplit sa fonction propre, pour laquelle l'administration, ou en cas de litige le tribunal, ne sont pas compétents. Pour l'appréciation des conséquences des atteintes à la santé constatée sur la capacité de travail, le médecin n'a en revanche pas de compétence de jugement définitif. Il prend au contraire position quant à l'incapacité de travail, ce qui signifie qu'il donne une estimation, qu'il motive de son point de vue de façon aussi possible que possible. Finalement, les données médicales sont un fondement important pour apprécier la question juridique de savoir quelles activités professionnelles peuvent encore être exigées de la personne. Au besoin il faut, en complément des documents médicaux, mettre en œuvre, pour la détermination de la capacité résiduelle de travail, les personnes qualifiées en matière d'intégration et de conseil professionnel (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et réf. cit.).

b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qu'il est encore invalide à 40% au moins au terme de cette année (let. c). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, à raison d'un quart de rente dès 40%, d'une demi-rente dès 50%, de trois quarts de rente des 60% et d'une rente entière dès 70% (art. 28 al. 2 LAI).

En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est évaluée par une comparaison des revenus sans invalidité et d'invalide (cf. art. 16 LPG).

Lorsque l'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on

prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors, le cas échéant, en l'adaptant au renchérissement et à l'évolution générale des salaires réels (TF 8C_516/2013 du 14 avril 2014 consid. 3.2 et les arrêts cités). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas en l'absence de renseignements quant à la dernière activité professionnelle de l'assuré (TF U 243/99 du 23 mai 2000 consid. 2b; TF 9C_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2), ou si son dernier salaire ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage (TFA I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et réf. cit.) ou rencontrait des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé (RCC 1985 p. 662). On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C_416/2010 du 26 janvier 2011 consid. 3.2; pour le tout cf. TFA B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

Le revenu statistique auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau 4 de qualification) s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (TF 9C_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3 et réf. cit.).

c) L'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (art. 17 al. 1 LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé, le seuil minimum pour ouvrir droit à une mesure de reclassement étant une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3; ATF 130 V 488 consid. 4.2 et réf. cit.).

d) Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu (ATF 132 V 393 consid. 2.1); il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; pour le tout TF 9C_398/2014 du 27 août 2014).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il faut 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; ATF 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). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_359/2009 du 26 mars 2010 consid. 4.2).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants 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 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 consid. 4 et réf. cit.).

4. a) Dans le cas d'espèce, le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir pris en compte son état de santé global, mais de s'être restreint à la problématique de la mobilité de son poignet gauche.

On relèvera d'abord que la CNA a constaté, par décision du 6 avril 2011, que le recourant ne présentait plus d'incapacité de travail subséquente à l'accident du 1^{er} décembre 2009 (cf. ég. rapport du Dr M. _____ du 6 mai 2010). Les constatations faites lors du premier séjour de l'intéressé à la W. _____ du 9 novembre au 6 décembre 2010 vont dans le même sens (cf. rapport du 8 février 2011). En effet, la seule suite résiduelle de l'accident constatée était une neuropathie d'enclavement du nerf médian gauche au tunnel carpien, causant uniquement un engourdissement digital jugé non gênant. D'autres affections d'origine non traumatiques ont également été identifiées (spondylodèse; spondylolisthésis), mais sans qu'elles entraînent une incapacité de travail. Dans son rapport du 15 août 2012, le Dr H. _____ - qui s'était certes

principalement concentré sur le rapport de causalité des plaintes émises par le recourant quant à ses douleurs cervico-lombaires - a confirmé que ces plaintes n'entraînaient aucune limitation fonctionnelle.

Dans sa demande du 6 septembre 2011, le recourant a lui-même restreint le cercle de ses plaintes à la problématique affectant son poignet gauche. Il n'en demeure pas moins qu'une évaluation globale de l'état du recourant a été effectuée : lors de ses deux séjours à la W._____, le recourant a été largement examiné, en particulier au niveau dorso-lombaire, l'assuré s'étant plaint à l'admission de son premier séjour de douleurs à ce niveau. Alors que l'évaluation psychiatrique effectuée lors du premier séjour à la W._____ avait mis en évidence des signes de surcharge psychique avec quelques éléments dépressifs, le consultant-psychiatre de la W._____ ne les a plus relevés lors du second séjour de mai 2012, l'assuré ayant lui-même expliqué se sentir globalement mieux que lors du précédent séjour.

S'agissant de l'atteinte au poignet gauche, l'assuré a subi plusieurs interventions chirurgicales (23 juillet 2010 [réduction et ostéosynthèse]; 16 mars [transfert de l'extenseur propre de l'index gauche] et 29 novembre 2011 [révision d'une ténolyse de l'extenseur]) et séjourné à deux reprises à la W._____ (du 9 novembre au 6 décembre 2010; 8 au 30 mai 2012). Il a dans ce cadre fait l'objet d'un suivi continu et notamment d'un examen approfondi lors du second séjour précité, la W._____ ayant établi le 11 juin 2012 un rapport circonstancié traitant de l'entier de ses plaintes. C'est ce rapport qui, en premier, retient une capacité de travail nulle dans l'activité de cuisinier mais entière dans une activité adaptée. Divers rapports ultérieurs font quant à eux état d'une situation normale (rapport d'imagerie radiographique du 18 mai 2012), d'une évolution nettement favorable (rapport du Dr C._____ du 18 juin 2012) ou d'une situation stabilisée (rapport du Dr H._____ du 15 août 2012). Le Dr C._____ a ainsi déclaré dans son rapport du 22 octobre 2012 ne pas pouvoir contester l'exigibilité de 100% dans une activité adaptée depuis le 31 mai 2012. Quant aux constatations du Dr Q._____, du 5 novembre 2012, elles sont superposables à celles des médecins de la

W._____, étant rappelé que ce sont précisément les douleurs ressenties par l'assuré au niveau de la face dorso-radiale de son avant-bras gauche qui ont conduit les médecins de la W._____ à constater que l'activité habituelle de cuisinier n'était plus exigible (cf. rapports de la W._____ du 11 juin 2012 et du Dr H._____ du 15 août 2012). Les limitations fonctionnelles retenues dans une activité adaptée (port de charges lourdes répété et mouvements répétitifs du poignet gauche) tiennent également compte de cette situation.

S'agissant du Prof. K._____, il constate lui aussi que la situation reste stable, faisant état des douleurs précitées, dont on a vu qu'il a été tenu compte. Le Prof. K._____ n'apporte ainsi aucun élément nouveau permettant de s'écarter des avis médicaux concordants au dossier. On rappellera au demeurant que le juge examine la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 131 V 242 consid. 2.1; TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3).

A l'examen des avis médicaux - concordants - recueillis auprès des médecins, la Cour ne décèle pas d'indice sérieux justifiant de s'en écarter. On retiendra donc que le recourant présente bien une capacité de travail complète dans une activité adaptée depuis le 31 mai 2012.

b) Le recourant soutient encore que les pièces médicales au dossier ne permettent pas d'identifier avec précision les activités professionnelles qui seraient adaptées à ses limitations fonctionnelles.

L'argumentation du recourant ne tient toutefois pas compte des rôles respectifs du médecin et de l'administration, tels qu'ils sont rappelés ci-dessus (cf. *supra* consid. 3/a). Il appartient en effet à l'administration, et non aux médecins, de déterminer les conséquences juridiques des atteintes à la santé reconnues médicalement, en se fondant certes sur les avis médicaux au dossier - qui ont valeur indicative - et, à

titre complémentaire, sur l'avis des spécialistes de la réadaptation et du conseil professionnel.

En l'occurrence, il convient de se rallier aux estimations concordantes des médecins au sujet de la capacité de travail du recourant, celles-ci étant au surplus corroborées par les constatations de la Division de réadaptation de l'intimé. Contrairement à ce que prétend le recourant, cette dernière a d'ailleurs détaillé plusieurs professions exigibles (surveillant de parking; concierge - à certaines conditions - ; gestionnaire de stock). Les limitations fonctionnelles du recourant sont au surplus relativement peu contraignantes, de sorte qu'un large éventail d'activités simples et non qualifiées est exigible de lui sans qu'il soit nécessaire de toutes les détailler toutes (cf. *supra* consid. 3/b *in fine* s'agissant de l'éventail d'activités correspondant au salaire statistique applicable au recourant). Ses limitations fonctionnelles concernent en outre son bras gauche, alors qu'il est droitier. Le grief selon lequel des activités adaptées n'avaient pas été déterminées de façon précise tombe donc à faux.

c) S'agissant de la réquisition de preuve du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, on rappellera qu'une partie a en principe le droit de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre. L'autorité peut cependant renoncer à procéder à des mesures d'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de forger sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier son opinion (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les nombreux arrêts cités).

En l'espèce, le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, les pièces au dossier donnant une appréciation claire de la situation de l'intéressé, de sorte que

sa réquisition tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire doit être rejetée. sa réquisition doit être rejetée.

5. a) Sous l'angle économique, l'assuré n'a soulevé aucun grief à l'encontre des revenus sans et avec invalidité tels qu'arrêtés par l'OAI. Vérifiés d'office, les calculs de l'intimé échappent à la critique.

b) Par surabondance, l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation étant subordonné à une diminution de la capacité de gain d'au moins 20% environ (cf. ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2), c'est à juste titre que l'intimé a considéré que le droit à de telles prestations n'était pas ouvert.

6. a) En définitive, il découle de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision du 9 avril 2013 confirmée.

b) La procédure en matière d'assurance-invalidité étant onéreuse (art. 69 al. 1^{bis} LAI), les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement mis à la charge de l'Etat, le recourant - qui succombe - étant au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser ce montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] *cum* art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service de justice et législation de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RS 211.02.3]).

L'indemnité de conseil d'office de Me Redondo a quant à elle été fixée par décision du 20 mai 2015 complétée le 26 mai 2015. L'activité de Me Pichard se limitant de son côté à la réception de la présente décision pour notification, il n'y a pas lieu de lui allouer une telle indemnité.

c) Vu le sort du recours, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPG; 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 avril 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cent francs), sont provisoirement mis à la charge de l'Etat.
- IV. X._____ est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.
- V. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Alain Pichard (pour X._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,

- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :