

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 octobre 2018

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Röthenbacher et Dessaux, juges
Greffier : M. Klay

Cause pendante entre :

J._____, à [...], recourant, représenté par Me César Montalto, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1, 16, 61 let. d LPGA ; art. 4 al. 1, 28 LAI

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait comme monteur-vulcaniseur. Le 5 octobre 2000, il s'est profondément coupé le poignet gauche lors d'un accident. Il a été transporté en ambulance à l'Hôpital [...] où il a été procédé en urgence à une suture du nerf cubital. L'évolution n'étant pas favorable en raison d'une paralysie cubitale distale gauche, sans manifestation de ré-innervation, l'assuré a subi le 29 août 2001 une intervention chirurgicale, sous forme de transferts tendineux multiples et d'une greffe du nerf cubital (prélèvement du nerf sural du pied gauche), pratiquée par le Dr S._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main à la Clinique K._____.

L'assuré a séjourné du 27 mars au 30 avril 2002 à la Clinique V._____ (ci-après : V._____). Au terme de ce séjour, par rapport de synthèse du 8 mai 2002, le Dr Z._____ et la Dresse R._____, respectivement spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en médecine physique et réadaptation et médecin-assistant à la V._____, ont posé le diagnostic primaire de thérapies physiques et fonctionnelles et les diagnostics secondaires de plaie avec section du nerf cubital et du tendon du muscle cubital antérieur gauche, de neuropathie cubitale gauche par axonotmesis sévère, avec processus de ré-innervation en cours, de suture du nerf cubital gauche et du tendon du muscle cubital antérieur gauche et de transfert tendineux et greffe du nerf cubital. Au titre des co-morbidités, ces médecins ont évoqué des lombalgies chroniques et une obésité (BMI de 30).

Le 4 juin 2002, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), faisant état de la grave coupure à son poignet gauche survenue le 5 octobre 2000.

Par avis médical du 7 août 2003, la Dresse C._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a précisé que les séquelles de plaie du poignet gauche avec section de l'artère, du nerf cubital et du tendon du cubital antérieur constituaient l'atteinte principale à la santé, les lombalgies chroniques relevant d'une pathologie associée. Elle a retenu que la capacité de travail de l'assuré était de 25 % dans son activité habituelle, mais de 100 % dans une profession adaptée et ce, dès le mois de mai 2002, soit dans une activité légère, ne nécessitant pas de dextérité particulière, pas de travail au froid, pas de préhension avec force de la main gauche, pas de mouvements fins ou nécessitant une bonne sensibilité de la main gauche, pas de port de charges et de porte-à-faux du tronc, mais autorisant l'alternance des positions assise et debout.

Le 11 août 2005, l'assuré a eu un nouvel accident, lors duquel il s'est fracturé le poignet droit.

Aux termes d'un rapport du 20 juin 2006, le Dr U._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de status trois ans après blessure sévère au poignet et à la main gauche par une meule à disque, de status après greffe et transfert tendineux au poignet gauche, de lombosciatique chronique sévère L3-L4 gauche et d'état dépressif chronique modéré. Selon ce médecin, les limitations découlaient des lombosciatalgies gauches chroniques et des séquelles de son accident au niveau de la main gauche. Il relevait en outre une tendance à la nervosité avec des relations parfois conflictuelles avec son épouse et la nécessité d'une aide pour une partie de ses activités quotidiennes (toilette, habillage). Il a par conséquent attesté une incapacité de travail totale depuis le 5 octobre 2000 en raison de la perte de fonction du membre supérieur gauche et de douleurs chroniques. Il a en outre estimé que les diagnostics de status onze mois après la réduction sanglante d'une fracture de Goyrand-Smith avec enfoncement de la styloïde radiale au poignet droit, de diabète non-insulinodépendant, d'obésité et de carence

en vitamine D3 substituée n'avaient aucune incidence sur la capacité de travail de l'intéressé.

Dans un rapport du 21 août 2006, le Dr S. _____ a mentionné que l'incapacité de travail était de 100 % dans l'activité exercée depuis l'accident de 2000, avec une main gauche inutilisable (non fonctionnelle à 99 %).

Par avis médical du 19 septembre 2006, le Dr I. _____, spécialiste en médecine interne générale au SMR, a retenu que les conclusions du SMR du 7 août 2003 restaient d'actualité en l'absence d'une aggravation réellement démontrée de l'état de santé de l'assuré. Compte tenu de cette absence de motivation, associée à un très vraisemblable syndrome d'amplification des plaintes, il n'y avait pas de caractère invalidant reconnu sur le plan médico-asséculo-logique. Seules les limitations objectives devaient être prises en compte. Une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée était par conséquent toujours exigible (sur le plan médico-théorique).

Par projet de décision du 20 septembre 2007, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui allouer une rente d'invalidité limitée dans le temps, soit du 5 octobre 2001 au 31 juillet 2002. En substance, il a considéré que, depuis le 1^{er} mai 2002, l'intéressé disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il a ajouté que la comparaison du revenu sans invalidité de 74'100 fr. et du revenu d'invalidité de 51'307 fr. 20 mettait en évidence une perte de gain 22'792 fr. 80, ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 31 %, taux insuffisant pour maintenir le droit à une rente.

Aux termes d'un rapport du 15 novembre 2007, le Dr B. _____, spécialiste en anesthésiologie et en médecine intensive, a fait état d'une prise en charge pour des problèmes de dysthésie des membres inférieurs, sans substrat organique démontré, avec des signes de non-organicité et une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire normale. Il a toutefois préconisé un avis neurologique avec une étude

électro-physiologique, afin de rechercher la présence éventuelle d'une polyneuropathie diabétique. Aucune incapacité de travail n'a été attestée.

Par avis médical du 25 juin 2008, le Dr W._____, spécialiste en anesthésiologie au SMR, a considéré que le rapport du Dr B._____ n'apportait aucun élément objectif de nature à modifier l'exigibilité médicale.

Dans une attestation du 4 septembre 2008, le Dr S._____ a indiqué que l'assuré présentait une impotence fonctionnelle majeure de sa main gauche et qu'il souffrait également de troubles résiduels au niveau de la main droite avec notamment une retuméfaction aux efforts, ainsi qu'une diminution de force. Il a en outre fait état d'une hernie discale.

L'OAI a confirmé son projet de décision du 20 septembre 2007 par décision du 8 février 2010.

Ensuite d'un recours de l'assuré, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a, par arrêt du 28 avril 2011 (AI 108/10 - 194/2011), annulé cette décision et renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il mette en œuvre une expertise, puis statue à nouveau. En substance, elle a considéré que l'instruction était lacunaire.

B. L'OAI a mandaté la Policlinique D._____ (ci-après : D._____) pour la réalisation d'une expertise. Le 22 novembre 2011, les Desses L._____ et H._____, spécialistes en médecine interne générale, et le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont rendu leur rapport d'expertise. Sur le plan psychiatrique, le Dr N._____ a constaté un trouble somatoforme douloureux, un épisode dépressif d'intensité légère, ainsi qu'un syndrome douloureux après plaie délabrante du poignet gauche en 2000 et fracture du poignet droit en 2005. Ce médecin a expliqué que le diagnostic de trouble somatoforme pouvait être posé en considérant que les douleurs multiples apparues depuis l'accident de 2000 étaient en parties liées aux altérations physiques subies, mais étaient en partie non expliquées par un substrat

organique. Les limitations physiques et la perte du travail avaient constitué une blessure d'amour propre majeure chez l'assuré, qui avait beaucoup investi le travail et la reconnaissance sociale qu'il en retirait. De cette perte avait découlé un état dépressif d'intensité légère, entraînant une tendance à l'isolement social. La réaction dépressive avait pu contribuer pour une part à la démotivation et au découragement et avait ainsi pu grever l'évolution de l'état général depuis l'accident, et en particulier depuis le licenciement en fin 2002.

Sur le plan rhumatologique, le Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie à la D._____, a fait état de cervico-dorso-lombalgies chroniques non-spécifiques, de douleurs chroniques du poignet droit après fracture traumatique en 2005, et de douleurs chroniques et impotence fonctionnelle de la main gauche après traumatisme avec section de l'artère et du nerf cubital, ainsi que du tendon cubital antérieur, et transferts tendineux multiples avec greffe du nerf cubital. Dans sa partie appréciation, il a exposé que les cervico-dorso-lombalgies chroniques présentées par l'assuré étaient vraisemblablement non spécifiques, à savoir qu'il n'y avait pas d'élément orientant vers une étiologie infectieuse, inflammatoire, tumorale et/ou neuro-compressive. Elles survenaient dans le cadre d'un accident avec lésion importante à la main gauche et impotence fonctionnelle secondaire de cette dernière, et également dans le contexte d'une fracture du poignet droit. Le Dr M._____ a, parallèlement, noté des douleurs chroniques des deux mains, avec impotence fonctionnelle de la main gauche pour des raisons algiques essentiellement et vraisemblablement séquellaire à une section du nerf cubital. Il existait également une limitation fonctionnelle algique de la main droite. Au plan rhumatologique, c'était essentiellement la pathologie des deux mains qui était limitante pour l'activité professionnelle de monteur-vulcanisateur de tapis roulant et/ou pour toute autre profession à prédominance manuelle. Pour les activités exclusivement manuelles, ainsi que les travaux en force nécessitant l'utilisation des mains, la capacité de travail était nulle, ceci de manière vraisemblablement définitive. Pour des activités professionnelles adaptées, avec utilisation « mécaniquement peu contraignante » de la

main droite, le Dr M. _____ a admis, d'un point de vue rhumatologique, une capacité de travail résiduelle de 50 % avec un travail à la demi-journée. Les cervico-dorso-lombalgies ne justifiaient pas une incapacité de travail. Selon le Dr M. _____, l'ensemble de la symptomatologie douloureuse n'était cependant pas explicable selon un modèle biomédical seul, et compte tenu de la chronicité de la symptomatologie douloureuse, et de la tendance à l'extension de cette dernière à l'hémicorps droit, une composante somatoforme devait être recherchée.

Sur le plan neurologique, le Dr Q. _____, spécialiste en neurologie à la D. _____, a constaté l'absence d'atteinte électrophysiologiquement significative du nerf médian droit au niveau du poignet, du nerf médian gauche au niveau du poignet, ainsi que du nerf cubital droit au passage du coude et plus distalement. Il a en revanche fait état d'une atteinte séquellaire du nerf cubital gauche au poignet, sans atteinte concomitante au niveau du coude. Il n'y avait pas de signe d'atteinte neurogène périphérique significatif dans l'ensemble des muscles examinés au niveau du membre inférieur droit ni dans la musculature paravertébrale lombaire. Les examens radiologiques de la colonne lombaire avaient mis en évidence de discrètes altérations L4-L5 et L5-S1, globalement dans la norme pour l'âge de l'assuré. La seule anomalie neurologique clairement objectivable était une atteinte partielle séquellaire du nerf cubital gauche, dont l'importance était malheureusement difficilement appréciable en l'absence de collaboration suffisante de l'intéressé à l'examen. Les plaintes formulées au niveau cervico-brachial droit et dans la région lombaire, ainsi qu'à propos du membre inférieur droit, ne pouvaient pas être expliquées par une atteinte neurologique significative de nature radiculaire ou tronculaire. Le Dr Q. _____ a estimé que, compte tenu de ces éléments et sur le plan strictement neurologique, l'assuré ne pouvait plus travailler dans la profession exercée préalablement. Par contre, celui-ci présentait une pleine capacité de travail (plein temps avec un rendement de 100 %) dans une activité adaptée, à savoir une activité monomanuelle se faisant essentiellement de la main droite avec utilisation de la main gauche comme aide (impossibilité d'effectuer des mouvements de force et fins de

la main gauche). Ce médecin a ajouté que, dans le contexte global, il s'agissait d'une appréciation quelque peu médico-théorique.

Les Dresses L. _____ et H. _____ et le Dr N. _____ ont en définitive posé les diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail de status après accident le 5 octobre 2000 avec section du nerf, de l'artère cubitale et du tendon cubital antérieur au poignet gauche, avec paralysie cubitale, traitement par transferts tendineux multiples et greffe du nerf cubital, avec douleurs chroniques et impotence fonctionnelle résiduelle de la main gauche (atteinte séquellaire du nerf cubital), de douleurs chroniques du poignet droit après fracture traumatique de Goyrand-Smith le 11 août 2005, ayant nécessité une réduction sanglante, de cervico-dorso-lombalgies chroniques non spécifiques, ainsi que de trouble somatoforme indifférencié. Ils ont en outre posé les diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail d'épisode dépressif d'intensité légère, d'obésité et de diabète non insulino-requérant. Ces médecins ont précisé qu'au plan physique, il y avait une discordance entre une absolue non-utilisation de la main gauche par l'assuré et les constatations rhumatologiques et neurologiques qui suggéraient des éléments de surcharge et une amplification des symptômes. Compte tenu des constatations cliniques, le résultat de l'électromyogramme devait, selon le Dr [...], être interprété comme confirmant l'existence d'une atteinte partielle, vraisemblablement encore importante du nerf cubital gauche, mais avec des éléments de surcharge qui expliquaient l'absence de toute fonction motrice clinique et électro-physiologique résiduelle. En ce qui concernait les membres supérieurs, les médecins de la D. _____ ont estimé qu'en raison des séquelles au poignet gauche ainsi qu'au poignet droit, la profession de monteur-vulcaniseur de tapis roulant n'était plus possible, de même que toute autre profession exclusivement manuelle ou encore les travaux de force nécessitant l'utilisation des mains. Ils ont ajouté que, par contre, dans une activité adaptée, à savoir mono-manuelle, se faisant essentiellement de la main droite, avec utilisation de la main gauche comme aide, et sans nécessité non plus de mouvements répétitifs du poignet droit, de dextérité particulière ou encore de travail au froid, ils pourraient en théorie considérer que

l'intéressé présentait une capacité de travail résiduelle d'au moins 50 %. Selon les médecins de la D._____, les lombosciatalgies n'étaient pas expliquées par IRM. La description faite par l'assuré de l'intensité des douleurs et de l'importance des limitations fonctionnelles en découlant était en relation avec une importante composante somatoforme. Ces médecins ont précisé que, prises isolément, ces dorso-lombosciatalgies ne justifiaient pas une incapacité de travail, à l'instar de l'obésité de l'intéressé ou encore de son diabète équilibré. Les Desses L._____ et H._____ et le Dr N._____ ont indiqué avoir été frappés par l'importance des plaintes douloureuses, par la démonstrativité dans la douleur et par l'importance de la gêne fonctionnelle décrites par l'assuré, relevant quasiment d'une non-utilisation de ses deux mains et de limitations quotidiennes dans ses déplacements, alors que les constatations objectives n'expliquaient pas de telles limitations ou intensité douloureuse. Ils ont considéré qu'il s'agissait d'un trouble somatoforme douloureux persistant qui leur paraissait être au premier plan et dont l'intensité était sévère, avec une évolution défavorable au cours du temps. Selon ces médecins, ce trouble représentait une réelle atteinte à la santé, avec répercussions importantes quant à toute capacité de travail. Ils ont ajouté que si les symptômes et signes dépressifs d'intensité légère, pris isolément, n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail, ils les considéraient néanmoins comme un facteur supplémentaire aggravant le trouble somatoforme. Il s'agissait plus que d'une simple altération de l'humeur en relation avec les douleurs. Les médecins de la D._____ ont expliqué qu'au terme de leur colloque de synthèse, ils avaient ainsi considéré que l'assuré était incapable de travailler dans quelque activité que ce soit, à 100 %. L'importance des restrictions, notamment compte tenu du fait qu'il faudrait trouver un travail mono-manuel, lequel devrait encore tenir compte d'une baisse de rendement à cause des séquelles de fracture du poignet droit, rendait l'appréciation quant à une aptitude au travail très théorique. L'apparition du trouble somatoforme en plus des séquelles physiques avait été un obstacle à toute recherche d'emploi et à toute motivation quant à un éventuel stage d'observation professionnelle. L'apparition de l'état dépressif était un élément supplémentaire rendant, selon les médecins de

la D._____, le pronostic quant à une reprise de travail extrêmement réservé.

Aux termes d'un avis médical du 7 décembre 2011, le Dr W._____ a relevé qu'à l'issue de la discussion de synthèse des experts de la D._____, faite en l'absence de l'expert rhumatologue et de l'expert neurologue, une incapacité de travail totale dans toute activité était finalement retenue, en raison du trouble somatoforme douloureux, mis au premier plan. Ce médecin a estimé que, si l'on passait en revue les critères de gravité du trouble somatoforme selon la jurisprudence, on constatait l'absence de personnalité présentant des traits prémorbides, l'absence de comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante (un épisode dépressif léger ne remplissant pas ces critères), la présence d'une séquelle de lésion traumatique du nerf cubital au poignet gauche comme seule affection corporelle chronique organique, l'absence de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (l'assuré vivait en compagnie de sa femme et de leurs enfants majeurs, il conduisait sa voiture lorsqu'il était accompagné, il faisait les courses avec son fils et pouvait recevoir des visites, une personne à la fois), l'absence de mention d'un état psychique cristallisé et l'absence d'échec des traitements (il n'y avait aucune indication médicale à un traitement spécifique, ni concernant le poignet gauche, ni concernant le poignet droit, ni concernant les cervico-dorso-lombalgies).

Le 4 mai 2012, l'OAI a reconnu à l'assuré une pleine capacité de travail du mois de mai 2002 jusqu'à l'accident du 11 août 2005 dans une activité adaptée, consistant en une activité légère, ne nécessitant ni dextérité particulière, ni travail au froid, ni préhension avec force de la main gauche, ni mouvements fins ou nécessitant une bonne sensibilité de la main gauche, ni port de charges, ni de porte-à-faux du tronc, mais permettant l'alternance des positions assise/debout. Pour la période postérieure au 11 août 2015, l'OAI a considéré que l'intéressé présentait une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée, soit une activité mono-manuelle se faisant essentiellement de la main droite, avec utilisation de la main gauche comme aide et sans nécessité non plus

de mouvements répétitifs du poignet droit, de dextérité particulière ou encore de travail au froid. L'OAI a également interpellé l'assuré quant à savoir s'il acceptait la mise en place de mesures d'ordre professionnel. Le 16 juillet 2012, l'assuré, par l'intermédiaire de Me César Montalto, a contesté cette appréciation, mais accepté de se soumettre à des mesures d'ordre professionnel. Il a alors été convoqué au Centre de formation de l'Organisation romande d'intégration et de formation professionnelle (ORIF) à [...] pour une première visite. Cette mesure a été abandonnée ensuite de ce premier entretien avec l'intéressé.

Dans un projet de décision du 28 août 2014, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière pour la période du 1^{er} octobre 2001 au 31 juillet 2002, un quart de rente dès le 1^{er} novembre 2005, puis trois-quarts de rente dès le 1^{er} février 2006. L'OAI a notamment considéré que l'intéressé disposait, dès le 11 août 2005, d'une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée, à savoir une activité mono-manuelle se faisant essentiellement de la main droite, avec utilisation de la main gauche comme aide et sans nécessité non plus de mouvements répétitifs du poignet droit, de dextérité particulière ou encore de travail au froid. Il a estimé qu'en 2005, sans invalidité, l'assuré aurait réalisé un revenu de 77'178 fr. 30. Vu sa capacité résiduelle de travail de 50 %, l'intéressé aurait pu percevoir, en 2005 également, un revenu de 26'340 fr. dans une activité adaptée, non qualifiée et consistant en des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services). Compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assuré, ce dernier montant était notamment obtenu ensuite d'un abattement de 10 %. Il résultait de la comparaison des deux revenus susmentionnés un taux d'invalidité (arrondi) de 66 %.

Le 2 octobre 2014, l'assuré, par son conseil, a formulé des objections à l'encontre du projet de décision précité. En substance, il a estimé qu'aucune capacité de travail résiduelle ne pouvait lui être reconnue. En outre, il a contesté l'abattement de 10 % opéré par l'OAI sur le revenu d'invalidité.

Par lettre du 3 novembre 2014, l'OAI a annoncé à l'assuré une prochaine décision formelle confirmant, pour l'essentiel, son projet de décision du 28 août 2014. L'OAI lui a toutefois reconnu un taux d'invalidité arrondi à 68 %, au lieu de 66 %, compte tenu d'un revenu d'invalidé désormais de 24'877 fr. 07, après un abattement de 15 % au lieu de 10 %. Dans une décision du 10 février 2015, l'OAI a alloué à l'intéressé trois-quarts de rente dès le 1^{er} mars 2015, en précisant qu'une décision pour la période du 1^{er} octobre 2001 au 28 février 2015 serait notifiée ultérieurement.

C. Par acte du 16 mars 2015, J._____, représenté par Me César Montalto, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision susmentionnée, concluant à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} février 2006, subsidiairement à son annulation. Il a précisé ne contester la décision litigieuse qu'en ce qu'elle lui accordait le droit à trois-quarts de rente dès le 1^{er} février 2006, se limitant ainsi à l'examen de la période postérieure au 11 août 2005, date de son dernier accident. En substance, il a indiqué qu'aucune capacité de travail résiduelle ne saurait être retenue depuis son accident du poignet droit en 2005, faisant valoir pour l'essentiel que les experts de la D._____, à l'instar des Drs S._____ et U._____, étaient arrivés à cette conclusion. Il a ajouté que, même en retenant une capacité résiduelle de travail de 50 %, il devait se voir octroyer une rente entière, compte tenu du fait que l'abattement sur le revenu d'invalidé devait être de 25 % et non de 15 %.

Dans sa réponse du 27 avril 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 20 mai 2015 et duplique du 12 juin 2015, les parties ont maintenu leur position.

Le juge instructeur a ordonné une expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, rhumatologique et neurologique) auprès du centre d'expertises médicales X._____. Aux termes d'un rapport d'expertise

pluridisciplinaire du 18 août 2017, les Drs T._____, ZS._____, spécialiste en neurologie, et P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et les Dresses PG._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et F._____, spécialiste en médecine interne générale, ont posé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail (au dernier poste de travail) de status séquellaire après section traumatique du nerf cubital (le 5 octobre 2000), et suture le 5 octobre 2000, de status après greffe du nerf cubital (par prélèvement du nerf sural gauche et transferts tendineux multiples) le 29 août 2001, de status séquellaire après fracture du poignet droit traitée par ostéosynthèse le 11 août 2005, et d'uncocervicarthrose C5-C6-C7. Ils ont également posé les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail (au dernier poste de travail) de séquelles de dystrophie de croissance lombaire, de lombosciatalgies droites dans le cadre d'altérations dégénératives inter-apophysaires postérieures et de troubles statiques essentiellement dans le plan sagittal avec dysbalances musculaires multiples (chaîne postérieure, sangle abdomino-pelvienne), de diabète non insulino-requérant, traité, d'hypertension artérielle traitée, d'impuissance sexuelle sur résection d'adénomes de la prostate, de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11), ainsi que de trouble anxieux généralisé (F41.1).

Sur le plan neurologique, les experts ont expliqué que, si les déficits dus à la lésion du nerf cubital étaient nets, aussi bien d'un point de vue sensitif que moteur (pratiquement ce nerf n'avait plus aucune fonction), « les problèmes du membre inférieur droit, membre supérieur droit, qui [faisaient] l'objet d'une plainte de la part de l'assuré ne montr[ai]ent aucun déficit dont on [pût] être absolument sûrs ». Les mouvements du membre inférieur droit très limités distalement l'étaient pour tous les mouvements testés et devraient être en connexion avec une lésion de pratiquement toutes les racines ou avec une lésion de type central, ce qui n'était absolument pas le cas chez l'intéressé (pas de signe en faveur d'une lésion centrale). Quant à une possible lésion périphérique, les experts ont relevé la normalité des réflexes rotuliens, achilléens,

rendant ainsi quasi impossible une pathologie dépendant des racines L4-L5-S1, ceci malgré les difficultés motrices que le recourant manifestait.

Au plan psychiatrique, les médecins de X._____ ont précisé que la définition, au sens de la CIM-10, du diagnostic de trouble somatoforme indifférencié (F45.1), évoqué le 22 novembre 2011 par les experts de la D._____, était la suivante : « La caractéristique essentielle est l'apparition de symptômes physiques associés à une quête médicale insistante, persistant en dépit de bilans négatifs répétés et de déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. S'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet ». Le recourant entraînait difficilement dans cette définition, ses lésions somatiques étant en outre réelles, à l'instar de ses opérations. On ne pouvait parler d'une détresse, mais d'une certaine souffrance, qui était compréhensible. Cela étant, les experts ont mentionné un certain isolement vis-à-vis de ses enfants. L'intéressé n'avait par ailleurs plus de contact avec ses anciens amis, ni avec ses cinq frères en [...]. Il ne pratiquait pas de sport et n'effectuait pas de sorties restaurants ou culturelles. Les médecins du X._____ ont indiqué que l'état de dépendance de l'intéressé à sa femme était devenu incontournable, vécu à la fois comme aidant et pesant. Ce sentiment ambivalent serait en partie lié à la perte de la libido et à une impuissance sexuelle en rapport à une double opération chirurgicale de la prostate. Tous les problèmes somatiques et les interventions chirurgicales du recourant avaient entraîné des réactions anxieuses et dépressives, variables, fluctuantes et récurrentes dans le temps. L'intéressé avait un bon niveau intellectuel et parlait trois langues. Il était très déçu par l'évolution de ses blessures et de ses maladies et acceptait mal son état actuel de dépendance. Sur la base de ces constatations, les experts ont retenu le diagnostic de trouble anxieux de type anxiété généralisée (F41.1), presque quotidienne, persistante, flottante (ne survenant pas exclusivement ni même préférentiellement dans une situation déterminée), comprenant un sentiment permanent de nervosité, de tension musculaire, de tremblement, une transpiration, des acouphènes et

des troubles visuels. Ils ont également posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.11) avec baisse de l'humeur, anhédonie (perte de plaisir, d'intérêt et d'entrain), perte de l'élan vital, ralentissement psychomoteur, sentiments d'autodépréciation et d'inutilité. Selon les médecins, ces diagnostics n'étaient pas incapacitants, n'étant pas d'intensité grave, mais également compte tenu de l'absence de tout traitement par psychotropes. Ces troubles pouvaient être traités, les réponses à la médication étant en général rapides, soit d'environ deux mois. Il était en outre relevé que le recourant s'était vu proposer de prendre contact avec un psychiatre, ce qu'il n'avait jamais fait.

Au terme de leur rapport d'expertise, les médecins de X. _____ ont apprécié le cas du recourant de la manière suivante :

« SYNTHÈSE ET DISCUSSION

Dans les suites de l'accident du 05.10.2000, malgré la deuxième intervention par greffe nerveuse et transferts tendineux d'août 2001, force est de constater des séquelles fonctionnelles majeures du poignet gauche, de par les atteintes sensitives et motrices irréversibles. Il en résulte une impotence fonctionnelle quasi complète de la main gauche. Les constatations objectives faites à l'occasion de cette expertise se retrouvent dans les avis médicaux précédents, et concordent avec les plaintes et limitations énoncées par l'assuré.

La fracture du poignet droit survenue le 11.08.2005, traitée par ostéosynthèse, est aussi à l'origine de douleurs essentiellement mécaniques, et de perte de la force avec limitation partielle des amplitudes. Les constatations objectives faites à l'occasion de l'expertise actuelle rejoignent celles décrites par le Dr S. _____ de la Clinique K. _____ en septembre 2008 (cf. page 4), qui avait investigué à l'époque les troubles persistants de cette articulation par un bilan radiologique, dont les résultats montraient une incongruence articulaire modérée par enfoncement de la partie la plus radiale de l'épiphyse distale du radius (associée à une pseudoarthrose de la styloïde cubitale). L'assuré est droitier, la main droite étant de par l'atteinte de la gauche particulièrement sollicitée. Les limitations constatées cliniquement, qui relèvent essentiellement de limitations de flexion dorsale du poignet et une baisse de la force musculaire, peuvent être considérées comme objectives étant donné que l'assuré n'a pas développé de comportement d'opposition ou de résistance lors de l'examen, et qu'il a développé un effort jugé optimal. De par l'atteinte des deux mains, il en découle de nombreuses limitations fonctionnelles au quotidien, ainsi que sur le plan professionnel. Les ports de charges, **mêmes légers, ainsi que toute activité sollicitant un tant soit**

peu des mouvements répétés des poignets ne sont plus exigibles.

L'atteinte lombaire consiste essentiellement en des altérations dégénératives des articulations interapophysaires postérieures, mineures comme le révèle le bilan radiologique actuel, et sans évolution notoire compte tenu des anciens rapports radiologiques à disposition (cf. expertise D. _____ septembre 2011, p. 14). Les limitations fonctionnelles secondaires à cette atteinte rachidienne, que l'on retrouve cliniquement dans la restriction des mouvements d'inclinaison, d'extension et de rotation du tronc, concernent surtout le port de charges lourdes, le port de charges modérément lourdes, les mouvements répétés de flexion et de torsion du tronc, les positions statiques prolongées. S'y ajoute les limitations inhérentes à l'arthrose cervicale, à savoir les mouvements/positions soutenues en extension de la tête.

De l'ensemble de ces éléments ressort une incapacité de travail totale en tant que vulcaniseur, et cette incapacité de travail remonte au 05.10.2000. L'estimation de cette incapacité de travail n'est pas sujette à discussion, ayant fait l'unanimité.

En tenant compte de l'ensemble des limitations, seule une activité de contrôle, permettant l'alternance des positions, ne demandant qu'une utilisation sporadique de la main droite, peut **théoriquement** être proposée. **L'éventail de possibilités concrètes est cependant extrêmement restreint.** Dans une telle activité, si elle existe, l'exigibilité est de 100 % sur la journée, avec une baisse de rendement de 20 % secondaire à l'inconfort et la maladresse d'utilisation des deux mains.

A l'issue de l'expertise de la D. _____ de 2011, le Dr M. _____ avait conclu à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à l'atteinte des deux mains, mais sans explication donnée à la réduction retenue, explication que l'on ne peut dès lors pas commenter. Le Dr S. _____ attestait d'une incapacité de travail totale, sans activité adaptée possible, « ne connaissant pas de métier, d'emploi, "manuel monomanuel" » (rapport AI du 21.4.2006).

Du point de vue psychiatrique, les troubles dépressifs et anxieux ne sont pas d'une gravité très importante, par ailleurs il n'y a aucun suivi psychiatrique ni traitement psychotrope. Le traitement est exigible, l'effet est en général relativement rapide, il ne peut pas être retenu d'incapacité de travail.

Evolution du profil d'effort : Actuellement, l'assuré aimerait retravailler ou disons, n'exclut pas la possibilité d'avoir une activité temporaire, 1 à 2 heures par jour, dans une activité adaptée, mais n'estime pas pouvoir retrouver un emploi étant donné l'atteinte des deux mains.

En conclusion, la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans un emploi de niche, ne nécessitant pas d'utilisation régulière des mains, est de 50 %. Ce taux tient compte de l'état psychique de l'assuré et de ses difficultés gestuelles qui s'étendent aux soins corporels et activités de la vie quotidienne. »

Dans ce même rapport et en réponses aux questions posées par le conseil du recourant, l'expert psychiatre a indiqué que les troubles psychiques du recourant avaient une incidence sur sa capacité de travail dans l'activité habituelle, qu'il estimait à 50 %. Le Dr P._____ a ajouté que, dans une activité adaptée, l'intéressé pouvait avoir une capacité de travail de 50 %. Celui-ci était capable d'assurer par exemple un poste de standardiste, de formateur dans son métier ou de gardien. Il pouvait, selon ses dires, utiliser sa main droite pour prendre une bouteille de 50 cl et boire. L'expert psychiatre a estimé que les troubles de l'intéressé pouvaient avoir au début des répercussions néfastes, comme des sautes d'humeur, une irritabilité ou un absentéisme. Son état de santé pouvait cependant être amélioré par la mise en place d'une prise en charge psychiatrique associant un antidépresseur suffisamment dosé et une psychothérapie de soutien. L'entrée progressive dans le monde du travail pourrait en outre le sortir de son isolement et lui permettre de recréer de nouveaux liens sociaux et familiaux. Selon le Dr P._____, en demeurant dans le *statu quo*, soit dans le manque de motivation ou de tentative de réhabilitation socioprofessionnelle, l'intéressé risquait de se marginaliser encore plus et de rester dépendant de sa femme pour le restant de sa vie. Dans ces conditions et sans traitement psychiatrique, le trouble dépressif s'installerait de façon chronique à des degrés divers, de moyen à sévère.

Par déterminations du 19 septembre 2017, le recourant, par son conseil, a estimé qu'il ressortait du rapport d'expertise susmentionné qu'il n'existait aucune activité lucrative dans laquelle il pourrait être actif, indiquant que la capacité résiduelle de travail de 50 % était surtout théorique. Il a ajouté que la baisse de rendement de 20 % et les limitations fonctionnelles retenues par les experts entraînent en contradictions avec la décision litigieuse, en ce sens que les activités retenues par l'intimé ne semblaient ainsi pas envisageables. Il a maintenu au surplus que l'abattement opéré sur son salaire d'invalidé devait de toute manière être de 25 %.

Aux termes de déterminations du 19 septembre 2017, l'intimé a indiqué avoir soumis le rapport d'expertise de X. _____ au SMR, qui suivait les conclusions des experts (cf. avis médical du 15 septembre 2017 du Dr RL. _____, spécialiste en médecine interne générale au SMR). Il ressortait de cet avis médical que, dans une activité adaptée, le recourant présentait une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 20 %. Il n'y avait pas lieu de tenir compte d'une limitation fonctionnelle, voire d'une diminution de la capacité de travail, pour des raisons psychiques, l'intéressé ne désirant pas accéder à un traitement psychiatrique susceptible d'améliorer son état de santé. Pour l'intimé, la décision litigieuse devait ainsi être réformée *in pejus*.

Par écritures des 10 octobre et 24 novembre 2017 pour le recourant et des 12 octobre et 7 novembre 2017 pour l'intimé, chaque partie a confirmé sa position et son interprétation du rapport d'expertise. L'intéressé a précisé que c'était à tort qu'il lui était reproché de n'avoir jamais voulu accéder à un traitement. Celui-ci prenait régulièrement, et de longue date, un traitement par Citalopram, et jamais aucun médecin ne l'avait envoyé chez un psychiatre (cf. déterminations du 10 octobre 2017). Dans ses écritures du 24 novembre 2017, le recourant a requis l'interpellation des experts de X. _____ afin de clarifier leurs conclusions quant à la capacité de travail résiduelle.

Cette interpellation a eu lieu sous la plume du juge instructeur par lettre du 17 janvier 2018.

Par lettre responsive du 16 février 2018, la Dresse MW. _____, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie auprès de X. _____, a expliqué que l'exigibilité de 100 % et la baisse de rendement de 20 % étaient des taux hypothétiques. Ces derniers étaient rappelés par les experts qui en faisaient une synthèse en fin du titre « synthèse et discussion », où ils écrivaient que la capacité de travail du recourant pouvait être finalement fixée à 50 %. S'agissant des autres précisions demandées, la Dresse MW. _____ a renvoyé au cinquième paragraphe de ce même titre, où il était rappelé que l'éventail de

possibilités d'exercer une activité professionnelle était extrêmement restreint. Elle a ajouté que les experts faisaient d'ailleurs allusion à une activité de contrôle de travail permettant l'alternance des positions et ne demandant qu'une utilisation sporadique de la main droite. Elle a terminé en indiquant que, compte tenu des atteintes à la santé telles que décrites dans le troisième paragraphe du titre « synthèse et discussion », le taux de la capacité de travail de l'intéressé était bien de 50 %, entraînant de ce fait une baisse de rendement.

Par lettre du 28 février 2018, le recourant, par son conseil, a produit une attestation du 20 février 2018, par laquelle le Dr KX._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Centre de Psychothérapie de [...], a indiqué que l'intéressé était suivi audit centre depuis le 13 février 2018.

Par écriture du 6 mars 2018, le recourant, par son conseil, a confirmé sa position, estimant que la lettre du 16 février 2018 de la Dresse MW._____ allait dans son sens.

Dans ses déterminations du 22 mars 2018, l'intimé a considéré que le courrier de la Dresse MW._____ n'était pas de nature à remettre en question sa position, qu'il a confirmée.

Aux termes d'une lettre du 15 juin 2018, le juge instructeur a annoncé aux parties un prochain jugement.

Le 25 juin 2018, le conseil du recourant a produit la liste de ses opérations.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les

décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) D'un point de vue formel, la décision litigieuse du 10 février 2015 ne fixe le montant de la rente que pour la période courant dès le 1^{er} mars 2015. La motivation qui l'accompagne précise toutefois clairement que l'intimé reconnaît également le droit à une rente entière du 1^{er} octobre 2001 au 31 juillet 2002, nie le droit aux prestations pour la période du 1^{er} août 2002 au 31 octobre 2005, puis reconnaît le droit à un quart de rente pour la période du 1^{er} novembre 2005 au 31 janvier 2006 et à trois-quarts de rente dès le 1^{er} février 2006, quand bien même les montants correspondant à ces prestations, pour la période courant jusqu'au 28 février 2015, ne seront fixés que dans une décision ultérieure.

b) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d). Si le recourant ne conteste pas l'octroi d'une rente entière pendant une année, mais uniquement sa réduction à une demi-rente ou sa

suppression après une année, par exemple, le tribunal est néanmoins saisi d'une contestation portant sur l'octroi de la rente entière comme sur sa réduction ou sa suppression. Il peut donc réformer la décision au détriment de l'intéressé (cf. art. 61 let. d LPGA) en supprimant purement et simplement la rente s'il estime que les conditions n'en sont pas remplies. A l'inverse, il peut allouer une rente pour une période antérieure à celle fixée par l'administration, quand bien même le recourant n'aurait pas contesté cet aspect de la décision litigieuse.

Les mêmes règles sont applicables lorsque dans une situation analogue, l'office de l'assurance-invalidité procède en deux temps après la procédure de préavis, comme cela est fréquemment le cas : d'abord en fixant le droit aux prestations pour la période courante, dans une première décision formelle ; ensuite en fixant la rente pour la période précédente, dans une seconde décision formelle. Cette procédure permet de verser rapidement les prestations courantes et de laisser à la caisse de compensation le temps de calculer les prestations dues à titre rétroactif, en capital et intérêts, déduction faite des prestations compensées avec celles d'autres assureurs sociaux ou de tiers ayant versé des avances (cf. art. 71 LPGA ; art. 85^{bis} RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 8311.201]). Dans ce cas, même si l'assuré ne recourt que contre la première décision, le juge peut revoir le bien-fondé de la seconde décision relative à l'allocation de prestations pour une période antérieure (CASSO AI 282/11 - 137/2012 du 23 avril 2012 consid. 2).

c) En l'espèce, on doit admettre que l'intimé a fixé, quant au principe tout au moins, le droit aux prestations depuis le 1^{er} octobre 2001. Le recourant conclut à la condamnation de l'intimé au paiement d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2006, en précisant que son recours ne porte pas sur la période antérieure à cette date. En réalité, l'objet du litige porte également sur le droit aux prestations pour la période antérieure, compte tenu de ce qui est exposé ci-avant (cf. consid. 2b *supra*). Le Cour de céans n'examinera toutefois cette question d'office que dans la mesure où les pièces au dossier, ou les

arguments des parties, l'amènerait à avoir des doutes sérieux à ce propos (ATF 119 V 347 consid. 1a).

3. a) Conformément à 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 (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. La rente prévue dans le système de l'assurance-invalidité est échelonnée selon le taux d'invalidité. Ainsi, un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie 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 (art. 6 LPGA).

b) A teneur de l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si

son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

c) L'art. 16 LPGA prévoit que, 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 générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.2.1 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2) ou à la date de survenance d'un motif de révision (TF 9C_181/2008 du 23 octobre 2008 consid. 4).

4. L'intimé a considéré que sans atteinte à la santé, le recourant aurait réalisé, en 2005, un revenu annuel de 77'178 fr. 30. Il s'est fondé sur les renseignements communiqués par l'employeur en 2002 et a indexé le salaire mentionné à l'époque à l'évolution de l'indice des salaires nominaux jusqu'en 2006. L'intéressé ne soulève aucun grief sur ce point. Il n'y a pas lieu d'y revenir plus avant.

5. **a)** En ce qui concerne le revenu d'invalide, l'intimé a considéré que le recourant disposait d'une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes :

activité mono-manuelle se faisant essentiellement de la main droite, avec utilisation de la main gauche comme aide et sans nécessité non plus de mouvements répétitifs du poignet droit ou dextérité particulière ou encore travail au froid.

Le recourant conteste cette appréciation et soutient, en se référant pour l'essentiel à l'expertise de la D._____, évoquant également les avis des Drs S._____ et U._____, qu'il ne dispose d'aucune capacité résiduelle de travail, même dans une activité adaptée.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 132 V 93 consid. 4 et réf. cit. ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par 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 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et réf. cit.). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et réf. cit. ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et réf. cit.).

6. a) En l'espèce, les experts de la D. _____ ont constaté une incapacité de travail totale du recourant dans toute activité. Sur le plan strictement somatique, ils ont toutefois admis une capacité résiduelle de travail d'au moins 50 % dans une activité exercée essentiellement avec la main droite, avec utilisation de la main gauche comme aide, et sans nécessité de mouvements répétitifs du poignet droit, ni de dextérité particulière, ou encore de travail au froid. L'expert neurologue Q. _____ a exposé, au terme d'un exposé relativement détaillé et bien motivé, que la seule anomalie neurologique clairement objectivable était une atteinte partielle séquellaire du nerf cubital gauche, dont l'importance était malheureusement difficilement appréciable en l'absence de collaboration

suffisante de l'intéressé à l'examen. Les plaintes formulées au niveau cervico-brachial droit et dans la région lombaire, ainsi qu'à propos du membre inférieur droit, ne pouvaient pas être expliquées par une atteinte neurologique significative de nature radiculaire ou tronculaire. Le Dr Q._____ admettait ainsi, d'un strict point de vue neurologique, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec les limitations mentionnées ci-avant. Pour sa part, le Dr M._____ a reconnu, d'un point de vue rhumatologique, une capacité résiduelle de travail de 50 % (travail à la demi-journée) dans une activité adaptée, avec utilisation mécaniquement peu contraignante de la main droite. Les cervico-dorso-lombalgies n'entraînaient pas d'incapacité de travail. L'assuré présentait une impotence fonctionnelle de la main gauche pour des raisons algiques essentiellement et vraisemblablement séquellaires à une section du nerf cubital. L'ensemble de la symptomatologie douloureuse n'était toutefois pas explicable selon un modèle bio-médical seul et une composante somatoforme devait être recherchée. Dans ce contexte, on doit constater une certaine contradiction entre les constatations du Dr Q._____ et celles du Dr M._____ relative à la capacité résiduelle de travail d'un point de vue strictement somatique. On doit également constater que le Dr M._____ n'explique pas pourquoi seule une activité à la demi-journée serait exigible. Enfin, le Dr N._____ a établi un rapport d'examen psychiatrique particulièrement bref, voire sommaire. Les constatations cliniques y sont notamment décrites en huit lignes, et les éléments anamnestiques sont décrits très brièvement, ce qui aurait été insuffisant pour motiver un éventuel constat d'incapacité de travail en raison d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une autre atteinte à la santé psychique. La partie discussion est également très sommaire, tenant en dix lignes et sans prise de position explicite relative à la capacité résiduelle de travail d'un point de vue psychiatrique. Des développements plus importants, avec une analyse et des explications détaillées sur les raisons pour lesquelles une incapacité de travail due à une atteinte à la santé psychique était constatée, auraient été nécessaires. Ce n'est finalement qu'au stade de la discussion pluridisciplinaire que les experts ont retenu une incapacité de travail totale, dans une large mesure, apparemment, en raison du trouble somatoforme indifférencié et de

l'épisode dépressif d'intensité légère diagnostiqués par le Dr N._____. Les explications relatives aux raisons pour lesquelles une incapacité de travail d'une telle ampleur était attestée restent toutefois trop laconiques et ne sont guère mises en relation avec les constatations cliniques de l'expert psychiatre. Au final, les experts paraissent avoir largement pris en considération le fait qu'ils estimaient la capacité de travail de 100 % attestée par le Dr Q._____, d'un point de vue neurologique, comme trop théorique compte tenu du marché de l'emploi. Ils ont en effet écrit ce qui suit: « Au terme de notre colloque de synthèse, nous avons ainsi considéré que Monsieur J._____ est incapable de travailler dans quelque activité que ce soit, à 100 % ; l'importance des restrictions, notamment le fait qu'il faudrait trouver un travail mono-manuel et qui devrait encore tenir compte d'une baisse de rendement à cause des séquelles de fracture du poignet droit, rend l'appréciation quant à une aptitude au travail très théorique ». Cette appréciation ne relève toutefois pas de leur domaine de compétence.

b) Au vu des lacunes présentées par l'expertise de la D._____, celle-ci ne peut être suivie. La Cour a par conséquent complété l'instruction par une expertise judiciaire, confiée à X._____. Les constatations strictement médicales des médecins de ce centre rejoignent, dans une large mesure, celles des médecins de la D._____, en particulier sur les plans rhumatologique et neurologique. D'un point de vue psychiatrique, l'expertise de X._____ est également très brève, bien que plus développée que celle établie par les médecins de la D._____. Les experts de X._____ ont constaté des troubles anxieux et dépressifs récurrents, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, mais ont réfuté le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié, en l'absence de détresse du recourant, même si une certaine souffrance était exprimée et compréhensible. Ils ont mentionné un certain retrait social ou isolement de l'intéressé, notamment vis-à-vis de ses enfants, mais ont souligné que les diagnostics psychiatriques posés ne revêtaient pas une intensité grave et que le recourant ne suivait aucun traitement psychothérapeutique spécialisé, malgré la proposition qui lui avait été faite dans ce sens. En ce qui concerne l'appréciation de la capacité résiduelle de travail, les

médecins de X._____ ont posé un constat très divergent de celui de l'expertise de la D._____. Ce constat n'est pas dépourvu d'ambiguïté, puisque dans un premier temps, les médecins de X._____ font état d'une capacité de travail « médico-théorique » de 80 % (activité à plein temps avec diminution de rendement de 20 %) dans une activité de contrôle, permettant l'alternance des positions et ne demandant qu'une utilisation sporadique de la main droite, alors que dans un deuxième temps, ils font état d'une capacité de travail limitée à 50 % dans une telle activité. X._____ ayant été invitée à se déterminer sur cette apparente contradiction, la Dresse MW._____ a exposé que les experts avaient constaté une capacité résiduelle de travail qui « est bien de 50 % entraînant de ce fait une baisse de rendement ». Quand bien même cette réponse aurait mérité d'être plus développée, on en retiendra que l'expertise judiciaire de X._____ établit une capacité résiduelle de travail de l'intéressé de 50 % au moins dans une activité de contrôle, permettant l'alternance des positions et ne demandant qu'une utilisation sporadique de la main droite, c'est-à-dire n'impliquant pas de mouvements répétés du poignet ni le port de charges (cf. 2^e paragraphe du titre « synthèse et discussion » *in fine* de l'expertise de X._____).

7. a) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3).

En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidé. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme

tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits 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). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5 ; TF 8C_80/2013 du 17 janvier 2014 consid. 3.2 ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3).

b) L'intimé a considéré qu'au vu d'une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée, telle que décrite par les experts de la D. _____, le recourant pouvait réaliser, en 2005, un revenu annuel de 24'877 fr. 07. L'intimé s'est référé, sur ce point, aux données salariales de l'ESS pour « l'année 2005 » concernant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services). Une telle enquête n'existe toutefois pas, l'Enquête suisse sur la structure des salaires étant réalisée tous les deux ans et ayant été publiée, notamment, en 2004 et 2006. Si l'on se réfère à l'ESS 2004 et que l'on procède à une indexation pour tenir compte de l'évolution des salaires nominaux de 2004 à 2005 (indice de 1975 en 2004 contre 1992 en 2005, pour les hommes [source : Office fédéral de la statistique : Durée du travail dans les entreprises selon la division économique, 2004-2012]), puis que l'on procède à un abattement de 15 %, tel qu'admis par l'intimé, pour tenir compte des circonstances propres à la personne de l'assuré, en particulier des importantes limitations fonctionnelles constatées, du taux d'occupation réduit et de l'âge de l'assuré, on obtient un revenu d'invalidité de 24'603 fr. par année.

c) Le recourant soutient que les activités retenues par l'intimé ne seraient pas envisageables et demande également qu'un abattement de 25 % soit effectué sur le salaire médian tiré des données salariales de l'Office fédéral de la statistique. On ne saurait suivre cette position. En

effet, les limitations fonctionnelles retenues ne sauraient empêcher l'intéressé d'exercer des activités simples et répétitives dans le secteur privé. En outre, un abattement supérieur à 15 % ne paraît en l'occurrence pas justifié, malgré les limitations fonctionnelles importantes constatées et l'âge de l'assuré.

d) Partant, après comparaison du revenu d'invalidé de 24'603 fr. avec le revenu hypothétique sans invalidité de 77'178 fr. 30 (consid. 4 *supra*), on obtient un taux d'invalidité arrondi de 68 % ouvrant droit à trois-quarts de rente de l'assurance-invalidité.

8. a) Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

Il n'y a par ailleurs pas lieu de réformer la décision litigieuse au détriment du recourant, contrairement à ce que demande l'intimé. En effet, si l'art. 61 let. d LPGA permet au tribunal de procéder à une telle *reformatio in pejus*, il s'agit d'une simple possibilité laissée au tribunal, qui ne saurait y être tenu. Le tribunal n'optera pour une *reformatio in pejus* qu'avec retenue, en particulier si des questions d'opportunité ou d'appréciation sont en jeu (cf. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3^e éd., Zurich 2016, art. 61 N 156 ; Thomas Häberli, in Waldmann/Weissenberger (éd.), Praxiskommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren (VwVG), 2^e éd., Zurich 2016, art. 62 N 26 ss). En l'occurrence, une capacité résiduelle de travail supérieure à 50 %, dans une activité adaptée, n'est pas établie et l'on voit mal qu'une expertise supplémentaire permettrait de se prononcer plus sur ce point avec davantage de fiabilité. Au vu des imprécisions inhérentes à toute constatation de la capacité résiduelle de travail d'un assuré, du fait qu'aucune des deux expertises ne conclut finalement à une capacité de travail supérieure à 50 % - malgré l'ambiguïté de l'expertise de X. _____ sur ce point - et des limitations fonctionnelles tout de même importantes qui ont été constatées, une réforme de la décision entreprise au détriment du recourant, dans le sens de l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente de l'assurance-invalidité au lieu de trois-quarts de rente, ne paraît pas justifiée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors que ce dernier a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, l'intéressé n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) Par décision du juge instructeur du 23 mars 2015, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 16 mars 2015 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me César Montalto. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 25 juin 2018. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me César Montalto est arrêtée à 4'873 fr. 60 pour les années 2015 à 2017 (TVA de 361 fr. comprise) et à 355 fr. 40 pour l'année 2018 (TVA de 25 fr. 40 comprise), soit un total de 5'299 fr. (débours et TVA compris). La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC ; art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser, dès qu'il est en mesure de le faire, les frais de justice et l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat (art. 123 al. 1 CPC ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

**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 10 février 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.

- IV. L'indemnité de Me César Montalto est arrêtée à 5'229 fr. (cinq mille deux cent vingt-neuf francs), débours et TVA compris.

- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais de justice et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

- VI. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me César Montalto (pour le recourant),
- 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 :