

VD_GERICHTE ZD09.030158 vom 30. Juni 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-06-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.030158

FR: VD_GERICHTE ZD09.030158 du 30 juin 2010

IT: VD_GERICHTE ZD09.030158 del 30 giugno 2010

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 401/09 - 470/2010 CO UR DE S ASSURANCES S
OCIALES _____ Arrêt du 30 juin 2010

_____ Présidence de Mme THALMANN Juges : Mme Rossier et M.
Bidiville, assesseurs Greffier : Mme Vuagniaux ***** Cause pendante entre : E._____,
à Payerne, recourant, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON
DE VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 4 et 28 LAI; 17 LPGA 402

- 2 - E n f a i t : A. E._____, né en [...], de nationalité [...], entré en Suisse en [...], a été
victime d'un accident sur son lieu de travail le 16 mars 2001, se blessant au poignet gauche.
Ouvrant en qualité de [...] pour le compte de l'entreprise V._____, il était assuré à ce
titre en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie
professionnelle auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci- après
: CNA), qui a pris le cas en charge. Le 5 avril 2002, il a déposé une demande de prestations
auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey (ci-après :
l'OAI), faisant valoir cette atteinte à la santé et tendant à l'octroi de mesures
professionnelles. Selon le questionnaire pour l'employeur rempli le 15 avril 2002, le salaire
mensuel du recourant en 2001 était de 4'735 fr. et se serait élevé à 4'815 fr. en 2002,
payable treize fois l'an. Dans un rapport médical du 5 juin 2002, le Dr D._____,
spécialiste FMH chirurgie plastique et reconstructive et chirurgie de la main, a posé les
diagnostics de déchirure partielle du ligament scapho- lunaire gauche et de syndrome du
tunnel carpien gauche. Le praticien a indiqué que l'assuré avait subi une arthroscopie le 12
septembre 2001, une cure de syndrome du tunnel carpien le 13 mars 2002 et que l'état de
santé était stationnaire. Il a retenu une incapacité de travail de 100 % du 21 mars au 21
octobre 2001, de 50 % du 22 octobre 2001 au 12 mars 2002, de 100 % du 13 mars au 28
avril 2002 et de 50 % à partir du 29 avril 2002. Dans un rapport médical du 29 avril 2003, le
Dr D._____ n'a pas relevé de changement notable de l'état de santé de son patient. Le Dr
K._____, [...] imagerie médicale, a procédé à une IRM lombaire le 10 mars 2003. Il a
diagnostiqué un phénomène de dessiccation touchant le disque L4-L5 et L5-S1, une
protrusion discale médiane L4-L5 sans conflit radiculaire, une petite hernie discale latérale
gauche L5-S1, sans conflit radiculaire, avec une discrète tuméfaction de la racine à son

- 3 - émergence pouvant être à l'origine de la symptomatologie et un canal lombaire de
diamètre normal. Dans un rapport médical du 7 avril 2003 adressé à la CNA, le Dr
G._____, médecin généraliste FMH, a diagnostiqué un status deux ans après distorsion
du poignet gauche, un status après arthroscopie du poignet gauche le 12 septembre 2001, un
status après cure d'un syndrome du tunnel carpien gauche le 13 mars 2002 et des
lombosciatalgies gauches persistantes sur petite hernie discale latérale gauche L5/S1,
apparues le 18 janvier 2003. Il a retenu une incapacité de travail à 100 % depuis le 20
janvier 2003 en raison des problèmes du dos. Le Dr G._____ a adressé son patient à

l'Association médicale du Centre Thermal de O. _____ pour une prise en charge quotidienne intensive. Dans deux rapports médicaux des 30 avril et 9 mai 2003, le Dr S. _____, médecin-chef de l'établissement, a retenu le diagnostic de lombosciatalgies sur discopathies étagées. Il a mentionné qu'il existait une certaine discordance entre l'importance des plaintes et le bilan complémentaire effectué et a estimé que seule une expertise permettrait de se faire une idée un peu plus précise de la capacité de travail résiduelle de l'intéressé, laquelle lui paraissait fort compromise sur un chantier. Dans une appréciation médicale du 6 mai 2003, le Dr Z. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, a estimé que l'activité de [...] n'était plus exigible de la part de l'assuré, mais que s'agissant des seules séquelles de l'accident, sa capacité de travail était complète dans une activité adaptée de type industriel, sans port de charges lourdes, avec un rendement de 100 pour-cent. Dans un rapport du 20 mai 2003 adressé à l'OAI, le Dr G. _____ a posé les mêmes diagnostics que dans son rapport du 7 avril 2003 adressé à la CNA. Il a exposé que l'assuré souffrait de deux problèmes distincts, à savoir l'atteinte au poignet gauche occasionnant toujours une incapacité de travail de 50 %, ainsi que les lombosciatalgies gauches, apparues en janvier 2003 sans facteur déclenchant ni

- 4 - antécédent évident, qui justifiaient une incapacité de travail totale depuis le 20 janvier 2003. Il estimait à cet égard qu'un séjour dans une institution spécialisée pourrait être envisagé. Etant donné l'apparition d'une autre pathologie, le Dr G. _____ a considéré que l'état de santé de son patient s'était globalement aggravé depuis mi-janvier 2003 et que la capacité de travail actuelle était nulle même dans une activité adaptée, en raison du problème lombaire toujours très symptomatique. Il mentionnait en outre que l'assuré lisait difficilement le français et ne l'écrivait pas. L'assuré a séjourné au Service de Traitement et Réadaptation de l'Hôpital l'Hôpital W. _____ du 1er au 19 septembre 2003. Le 19 septembre 2003, le Dr P. _____, médecin-chef, a posé les diagnostics de lombosciatalgies gauches sur discopathies (M54.4), de cervicalgies (M54.2) et de status après arthroscopie pour une entorse du poignet gauche. Il a indiqué que l'intéressé ne présentait pas de nets signes radiculaires au membre inférieur ou supérieur gauche, que les troubles statiques du rachis étaient très modestes, la mobilité cervicale et lombaire fort peu limitée, les hanches et les épaules bien mobiles et le poignet gauche tout à fait calme. Ce médecin a précisé que les plaintes de l'assuré étaient cotées à huit sur une échelle visuelle analogique (EVA), ce qui lui paraissait largement surestimé et démontrait, au-delà des troubles organiques, un caractère somatoforme. En outre, il s'est étonné qu'aucune modification des paramètres de force et de mobilité n'ait été constatée au terme du séjour. Dans un rapport médical du 27 avril 2004, le Dr G. _____ a fait état d'une évolution défavorable du status due à l'atteinte du rachis cervical. Il a estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis le 20 janvier 2003 dans l'activité habituelle de [...] et de 50 % dans une activité adaptée (par exemple la vente, la petite manutention ou la surveillance), un reclassement étant à envisager en fonction des capacités d'apprentissage existantes. Mandatés par le Service médical régional (ci-après : SMR), les Drs F. _____ et M. _____, respectivement médecin-chef et chef de

- 5 - clinique adjoint de l'Hôpital l'Hôpital intercantonal de L. _____, ont établi un rapport d'expertise le 29 décembre 2005, posant les diagnostics suivants ayant une répercussion sur la capacité de travail : « • status post distorsion du poignet gauche, arthroscopie et débridement d'une déchirure partielle du ligament scapho- lunaire, le 12.9.2001; • status après cure de syndrome du tunnel carpien gauche, le 13.3.2002; •

pseudo-lombo-sciatalgies gauches non spécifiques : - dessiccation du disque L4-L5 et L5-S1 - protrusion discale médiane sans conflit radiculaire en L4-L5 - petite hernie discale latérale gauche L5-S1 avec conflit radiculaire et discrète tuméfaction de la racine à son émergence • syndrome somatoforme douloureux ». Les experts ont mentionné que l'incapacité de travail avait été totale du jour de l'accident jusqu'au 22 octobre 2001, date à laquelle le travail avait été repris à 50 %; l'assuré avait ensuite travaillé à 100 % depuis le 28 janvier 2002 avec un rendement de 50 %, lequel avait pu être augmenté plusieurs semaines à 65 % pour de nouveau être réduit à 50 % dès le 29 avril 2002. L'activité professionnelle avait été totalement interrompue en janvier 2003 en raison de l'apparition de lombosciatalgies. Sur le plan rhumatologique, ils ont exposé que le poignet gauche présentait une impotence fonctionnelle, soit une diminution de force de préhension et une limitation de la flexion et de l'extension, totalement incompatible avec le métier de [...]; en revanche, l'intéressé pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée, à savoir sans port de charges lourdes ni mouvements répétés du poignet gauche. Concernant le rachis, ils ont estimé que les pseudo-sciatalgies apparues en 2003 étaient non spécifiques, que la petite hernie discale latérale gauche détectée n'expliquait en rien la symptomatologie douloureuse décrite, que cette atteinte rachidienne ne s'était pas aggravée depuis l'hospitalisation en septembre 2003 et que celle-ci n'était pas susceptible de majorer le handicap fonctionnel secondaire à la pathologie du poignet, de sorte que cela ne justifiait aucune incapacité de travail supplémentaire dans une activité adaptée.

- 6 - Le Dr J. _____, psychiatre FMH au SMR, a procédé à un examen psychiatrique de l'assuré le 12 avril 2006. Dans son rapport du 5 juillet suivant, le spécialiste n'a retenu aucune affection ayant un impact sur la capacité de travail et, avec répercussion sur la capacité de travail, le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Dans un avis médical du 24 juillet 2006, le Dr X. _____ du SMR, a notamment mentionné que la CNA avait reconnu une incapacité de travail totale dans l'activité de [...] et une exigibilité entière dans une activité adaptée depuis le 30 avril 2003. Prenant acte des deux rapports précités, ce médecin a estimé que seules les limitations fonctionnelles somatiques déterminées par le Dr F. _____ devaient être prises en compte (limitation de la flexion et de l'extension des doigts, diminution de la force de la main gauche, port de charges limité). Il a dès lors retenu une incapacité de travail durable dès le 21 mars 2001 et le début de l'aptitude à la réadaptation au 30 avril 2003, la capacité de travail dans l'activité habituelle demeurant nulle dès cette date, mais entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles susmentionnées. L'assuré a effectué un stage d'observation professionnelle du 29 janvier au 23 février 2007 au sein de C. _____. Dans un rapport du 9 mars 2007, le Dr R. _____, médecin-conseil, a estimé que la capacité de travail de l'intéressé était entière dans une activité adaptée, précisant à cet égard que le faible niveau scolaire ne permettrait pas plus qu'une mise au courant. Ce médecin était d'avis que l'attitude de l'assuré, peu motivé face au travail et sans projet professionnel, rendrait la réinsertion difficile et qu'un effort de collaboration était exigible de sa part. Le 20 juin 2007, l'OAI a adressé à l'assuré un projet d'acceptation de rente. Il a considéré qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit au 16 mars 2002, son incapacité de travail et de gain demeurait totale, ce qui lui ouvrait dès cette date le droit à une rente entière d'invalidité. En revanche, dès lors qu'il avait recouvré, depuis mai 2003, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et que des

- 7 - mesures professionnelles n'étaient pas envisageables, l'office a procédé à une approche théorique du préjudice économique. Ainsi, la comparaison des revenus avec et sans invalidité aboutissant à degré d'invalidité de 18 %, la rente devait être supprimée avec effet au 1er août 2003, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de travail et de gain. L'assuré s'est opposé à cette décision le 3 juillet 2007, sollicitant le bénéfice de l'assistance judiciaire, laquelle a été successivement refusée par décision de l'OAI du 6 décembre 2007 et par jugement du 6 juin 2008 du Tribunal des assurances du canton de Vaud, entré en force. Invité par l'OAI à se déterminer sur son projet de décision du 20 juin 2007, le recourant a répondu, le 18 juin 2008, que son état de santé s'était détérioré, qu'il était toujours en incapacité totale de travailler et qu'il devait prochainement subir une IRM. Le 11 juillet 2008, le Dr G. _____ a considéré que son patient était en incapacité totale de travailler depuis le 20 janvier 2003 pour des lombosciatalgies s'étant progressivement étendues à tout le rachis, malgré les traitements instaurés. Il a joint à son rapport les pièces suivantes : • un rapport du 27 juillet 2007 du Dr S. _____ indiquant que l'ensemble du tableau restait dominé par de nombreux éléments de surcharge, qu'il n'y avait pas de lésion spécifique et que le status était difficile en raison d'une collaboration probablement insuffisante; • un rapport du 12 mars 2007 du Dr K. _____ qui concluait qu'à la suite de l'IRM de la colonne lombaire effectuée le 10 mars 2007, il n'y avait pas de modification significative, notamment pas de péjoration par rapport à l'ancien examen réalisé en 2003;

- 8 - • un rapport du 4 septembre 2007 du Dr B. _____, spécialiste en neurologie FMH, diagnostiquant un état polyalgique d'origine indéterminée. Le praticien exposait que le tableau clinique parlait en premier lieu pour un état polyalgique chronique, dont la composante neurologique paraissait modeste dès lors qu'il n'y avait plus guère de syndrome radiculaire objectivable aux membres inférieurs du moins, où les déficits semblaient se limiter à des troubles sensitifs, du reste fluctuants et difficilement systématisables dans un quelconque territoire particulier. Il ajoutait que l'EMG ne révélait pas non plus d'anomalie particulière si ce n'était des arguments indirects pour un seuil de tolérance à la douleur notablement diminué; • le résultat d'une IRM cervicale effectuée le 24 juin 2008 par la Dresse H. _____, du Service de radiologie de l'Hôpital l'Hôpital intercantonal de L. _____, soit la présence de discopathies étagées avec perte du signal hydrique au sein des disques C2-C3, C3-C4, C4-C5, C5-C6, C6-C7, d'une protrusion discale C3-C4, C4-C5, C5-C6 et d'un uncarthrose sur la gauche avec discret rétrécissement des trous de conjugaison C4-C5, mais non significatifs. Après avoir pris connaissance de ces rapports, la Dresse N. _____ du SMR a estimé, le 19 août 2008, qu'il n'y avait pas d'élément médical objectif de nature à modifier la position du SMR. Par décision du 4 décembre 2008 entrée en force, la CNA a alloué à l'intéressé une rente d'invalidité fondée sur un taux d'incapacité de gain de 19 %, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %. Pour le calcul de la rente, la CNA a considéré que l'assuré était à même d'exercer à plein temps une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition de ne pas porter de charges lourdes. Ainsi, en comparant le revenu mensuel de 4'700 fr. de cette activité exigible avec le

- 9 - gain mensuel de 5'800 fr. (13ème salaire inclus) que l'assuré aurait réalisé sans l'accident, il en résultait une perte de gain de 18,96 pour-cent. Par décision du 15 juillet 2009, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1er mars 2002 au 1er août 2003, dont la motivation était la suivante : « Depuis le 16 mars 2001 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

A l'échéance du délai d'attente d'une année prévu par l'article 29 LAI précité soit le 16 mars 2002, votre incapacité de travail et de gain est entière ce qui vous ouvre le droit à une rente entière de l'AI dès le 1er mars 2002. Selon les renseignements médicaux en notre possession, nous constatons que depuis le mois de mai 2003 une capacité de travail entière peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité qui ne nécessite pas de flexion ou de l'extension des doigts, activité ne nécessitant pas de force de la main gauche avec le port de charges limité. Nous avons dès lors organisé un stage d'observation auprès du C._____. Ce stage a confirmé votre capacité de travail entière avec des rendements normaux dans des travaux de conditionnement simple, de surveillance d'un processus de production et d'alimentation de machines outils. Des mesures professionnelles n'étant pas envisageables, nous avons évalué votre préjudice économique. Il appartient à tout assuré de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité, en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail, fût-ce au prix d'efforts même importants. Ce n'est pas l'activité que l'assuré consent à accomplir qui est décisive, mais celle que l'on peut raisonnablement exiger de lui dans une situation médicale donnée. Si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé en égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas; procéder autrement reviendrait à assurer la simple perte de gain, quelle qu'en soit la cause (commodité personnelle, raisons familiales, conjoncture économique) (RCC 1978, 65; 1970, 162) 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 (activités industrielles légères), soit en 2002, CHF 4'557.- par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête

- 10 - suisse sur la structure des salaires année 2002, TA1; niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'750.67 (CHF 4'557.- x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 57'008.07. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2002 à 2003 (+%; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 57'806.18 (date de votre aptitude à la réadaptation, ATF 128 V 174 consid. 4a). Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc). Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié. Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 52'025.55. Sans atteinte à la santé, vous pourriez prétendre en 2003 à un revenu annuel de CHF 63'440.-. Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible : Sans

invalidité CHF63'440.00 Avec invalidité CHF52'025.55 La perte de gain s'élève à CHF 11'414.45 = un degré d'invalidité de 18 % Ce degré d'invalidité ne vous ouvre plus le droit à une rente de l'Al. La rente est dès lors supprimée le 1er août 2003, soit trois mois après l'amélioration de votre capacité de travail et de gain ». B. E. _____ a recouru contre cette décision par acte du 8 septembre 2009, en concluant à son annulation, à la prise en compte de son état de santé tel que décrit dans sa lettre du 18 juin 2008 et à l'octroi d'une rente. En substance, il a fait valoir que sa capacité de travail était toujours nulle depuis mai 2003, que son état de santé avait empiré depuis son hospitalisation de 2003 et que c'était à cause de son handicap qu'il n'avait pas retrouvé de travail. Il a également contesté le revenu professionnel raisonnablement exigible (les chiffres datant de 2003 et non de 2009 et l'invalidité de 18 % ne correspondant pas à la réalité), de même que la réduction de 10 % concernant ses limitations fonctionnelles

- 11 - qu'il estimait trop basse. A l'appui de son recours, il a produit un certificat médical du 8 décembre 2009 du Dr G. _____ dont les diagnostics étaient les suivants : « • Lombo-pseudo-sciétagies G chroniques non spécifiques • Cervico-scapulalgies bilatérales sur troubles dégénératifs pluri- étagés • Syndrome somatoforme douloureux • Status après distorsion du poignet gauche, débridement et déchirure partielle scapho-lunaire • Hépatopathie d'origine vraisemblablement éthylique avec stéatose • Etat anxiodépressif ». Le praticien a ajouté que ces diagnostics occasionnaient des symptômes importants et invalidants, que les traitements multidisciplinaires nécessitaient les apports de plusieurs spécialistes et que son patient paraissait globalement totalement inapte au travail. Dans sa réponse du 5 novembre 2009, l'OAI a maintenu la décision attaquée et conclu au rejet du recours. Les parties ont maintenu leurs conclusions lors d'un second échange d'écritures. C. Le dossier de la CNA a été produit le 4 mars 2010, contenant notamment les pièces suivantes : • une formule « Evolution probable des salaires de 2003- 2008 » remplie par l'employeur V. _____ le 27 octobre 2008 et selon laquelle le recourant aurait gagné un salaire mensuel de 4'880 fr. en 2003, payable treize fois l'an; • le résultat de cinq descriptions de poste de travail (DPT) 2008 (surveillant, magasinier, caissier, praticien en logistique, employé en montage/démontage) que l'assuré pourrait exercer, pour un salaire annuel moyen de 56'967 francs.

- 12 - E n d r o i t : 1. Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme. 2. La question à examiner est celle du maintien du droit à la rente d'invalidité depuis le 1er août 2003. 3. a) Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d et les références). Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; 113 V 273 consid. 1a; 112 V 371 consid. 2b). Savoir si un tel changement s'est produit doit être

tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 369 consid. 2; TF 9C_30712008 du 4 mars 2009, consid. 3 et les références citées). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être limité par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète

- 13 - et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de statuer sur les prétentions litigieuses (ATF 125 V 351 consid. 3a). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF 122 V 157 consid. 1c). 4. a) En l'espèce, sur le plan psychiatrique, le rapport médical du 5 juillet 2006 du Dr J._____ comporte une anamnèse, fait état des plaintes du recourant et procède d'une étude complète du cas. Le spécialiste explique de manière convaincante les motifs pour lesquels il ne retient pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux et les raisons pour lesquelles il n'existe pas d'incapacité de travail. Ses conclusions, claires et motivées, ne sont mises en doute par aucun avis d'un autre spécialiste. Le rapport médical du Dr J._____ a ainsi valeur probante. Force est dès lors de constater que le recourant ne présente aucune incapacité de travail du point de vue psychiatrique. b) Sur le plan somatique, le Dr D._____ a retenu, le 5 juin 2002, une incapacité de travail de 100 % du 21 mars au 21 octobre 2001, de 50 % du 22 octobre 2001 au 12 mars 2002, de 100 % du 13 mars au 28 avril 2002 et de 50 % depuis le 29 avril 2002. Le 29 décembre 2005, les experts F._____ et M._____ ont indiqué les mêmes taux d'incapacité, en précisant que la capacité de travail entre le 28 janvier et le 28 avril 2002 correspondait à une pleine capacité, mais avec un rendement de 50 % augmenté plusieurs semaines à 65 %. Le 24 juillet 2006, le Dr X._____ une incapacité de travail durable depuis le 21 mars 2001 et

- 14 - le début de l'aptitude à la réadaptation au 30 avril 2003. Les avis des médecins s'accordent donc en ce que le recourant présentait, depuis le 21 mars 2001, une incapacité totale de travailler, qui s'est ensuite progressivement améliorée. Le Dr Z._____ a estimé, le 6 mai 2003, que l'activité de [...] n'était plus exigible, mais que pour les seules séquelles de l'accident, la capacité de travail de l'assuré était complète dans une activité adaptée (sans port de charges lourdes), avec un rendement de 100 %. Le 29 décembre 2005, les experts F._____ et M._____ ont estimé, s'agissant de l'affection au poignet gauche, que l'assuré ne pouvait plus du tout travailler dans son activité habituelle de [...], mais que l'on pouvait exiger de lui qu'il exerçât à plein temps une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charges lourdes et pas de mouvements répétés du poignet). Concernant les troubles du rachis, ils ont exposé que les pseudo-sciatalgies apparues en janvier 2003 ne s'étaient pas aggravées depuis l'hospitalisation de septembre 2003, que la petite hernie discale gauche détectée n'expliquait en rien les douleurs évoquées et que l'atteinte rachidienne ne majorait pas le handicap fonctionnel du poignet gauche, ce qui conduisait toujours à retenir une pleine capacité dans un emploi adapté. Au demeurant, le rapport d'expertise remplit tous les réquisits posés par la jurisprudence (cf. supra, consid.

3b), de sorte qu'il y a lieu de lui conférer valeur probante. Enfin, le 24 juillet 2006, le Dr X._____ a considéré que la capacité de travail dans l'activité habituelle demeurait nulle, mais qu'elle était entière depuis le 30 avril 2003, début de l'aptitude à la réadaptation, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues par l'expert F._____. Les conclusions des experts et des autres spécialistes consultés sont ainsi concordantes. Seul le Dr G._____ estime que la capacité de travail de son patient est nulle. Or, outre le fait que ce médecin n'est pas un spécialiste, son estimation ne se fonde pas sur des éléments objectifs documentés.

- 15 - Enfin, à la suite du stage effectué par le recourant à C._____, le Dr R._____ a estimé, le 9 mars 2007, que la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée. Il y a ainsi lieu d'admettre que dès le mois de mai 2003 au plus tard, les troubles du poignet gauche n'entraînaient plus d'incapacité de travail dans une activité adaptée et que les troubles du rachis n'occasionnaient pas d'empêchement supplémentaire. En outre, le 12 mars 2007, le Dr K._____ conclut que l'IRM de la colonne lombaire du 10 mars 2007 ne montre pas de péjoration par rapport à l'examen réalisé en 2003. Le 27 juillet 2007, le Dr S._____ ne relève pas de lésion spécifique. Le 4 septembre 2007, le Dr B._____ constate que la composante neurologique paraît modeste. Il ne résulte donc pas de ces rapports, ni de celui de la Dresse H._____, postérieurs à l'expertise, une aggravation de l'état de santé du recourant, ce que constate d'ailleurs la Dresse N._____ le 19 août 2008. Enfin, le rapport du Dr G._____ du 8 décembre 2009 produit en procédure n'est pas documenté. c) C'est dès lors à juste titre que l'OAI a octroyé au recourant une rente d'invalidité limitée dans le temps du 1er mars 2002 au 31 août 2003, soit trois mois après l'amélioration de santé constatée (cf. art. 88a RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]). 5. Reste à déterminer le degré d'invalidité sur cette base. 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 et 4 al.1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). 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

- 16 - après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003, les personnes assurées avaient droit à une rente entière si elles étaient invalides à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente si elles étaient invalides à 50 % au moins ou à un quart de rente si elles étaient invalides à 40 % au moins. Depuis le 1er janvier 2004, les personnes assurées ont droit à une rente entière si elles sont invalides à 70 % au moins, à trois quarts de rente si elles sont invalides à 60 % au moins, à une demi-rente si elles sont invalides à 50 % au moins ou à un quart de rente si elles sont invalides à 40 % au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré actif, le revenu qu'il 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 utiles, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa). b) Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé; le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009, consid. 6.1.2.1). Dans le cas particulier, le recourant exerçait la profession de [...] et aurait gagné, sans son atteinte à la santé en 2003, soit au moment

- 17 - de l'amélioration de la capacité de travail, un salaire mensuel de 4'880 fr., payable treize fois l'an (cf. les informations données par l'ancien employeur V. _____ à la CNA le 27 octobre 2008). Il en résulte ainsi un revenu hypothétique annuel de valide de 63'440 francs. c) S'agissant du gain d'invalidité, dans la mesure où le recourant n'a pas, selon les pièces au dossier, repris d'activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles, il y a lieu de se référer aux données statistiques telles qu'elles résultent des chiffres de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique, singulièrement aux salaires bruts standardisés en se fondant sur la valeur médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel pouvaient prétendre, en 2002, les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), à savoir 4'557 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (tableau TA1, niveau de qualification 4), soit 54'684 fr. par année. Comme les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de 40 heures, ce salaire doit être converti à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures; La Vie économique 3-2010, tableau B 9.2, p. 94), ce qui représente 57'008 fr. 07 (54'684 : 40 x 41,7), puis adapté à l'évolution des salaires de 2002 à 2003 (+1,4 %; La Vie économique 3-2010, tableau B 10.2, p. 95), ce qui donne à un revenu annuel de 57'806 fr. 18. Le revenu d'invalidité déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut encore faire l'objet d'un abattement. La mesure dans laquelle ces salaires doivent 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 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; TF 9C_1047/2008 du 7 octobre 2009, consid. 3.1; TF 9C_354/2009 du 7 décembre 2009, consid. 5.1). Il convient d'examiner ce qu'il en est, dans le cas concret, du

- 18 - taux d'abattement fixé par l'OAI. En principe, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2). Dans le cas particulier, il est constant que le recourant présente des limitations fonctionnelles liées à l'atteinte au poignet gauche. C'est donc à juste titre que l'administration a retenu un abattement de 10 %, ce qui conduit à retenir un revenu avec invalidité de 52'025 fr. 55 (57'806 fr. 18 x 90 %). d) Le calcul de la perte économique du recourant (soit du degré d'invalidité) est par conséquent le suivant : (63'440 fr. – 52'025 fr. 55) : 63'440 fr. x 100 = 18 % ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à au moins un quart de rente d'invalidité (cf. supra, art. 28 al. 1 LAI). e) Pour sa part, la CNA a retenu un taux d'invalidité de 19 % en se fondant sur cinq DPT en 2008 pour les troubles dus à

l'accident. Dès lors que les affections du rachis du recourant n'entraînent pas de limitations supplémentaires, on ne peut que constater des conclusions similaires de la part de ces deux assurances. 6. Enfin, le faible niveau scolaire de base du recourant attesté par le Dr R. _____ ne permet pas la mise en œuvre de mesures de réadaptation d'ordre professionnel. Le recourant n'y conclut d'ailleurs pas. 7. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée en conséquence. Les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI, art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD).

- 19 - 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 15 juillet 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - E. _____ - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud - Office fédéral des assurances sociales (OFAS) 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

- 20 - Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.