

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 avril 2011

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Bonard et Pittet, assesseurs
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

K. _____, à Villeneuve, recourant, représenté par Me César Montalto,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) K._____, né en 1960, travaillait depuis le 1^{er} octobre 1994 au service de l'entreprise [...] SA à [...] en qualité de monteur de tapis roulants dans des gravières ou d'autres installations. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Le 5 octobre 2000, alors qu'il était occupé avec une meuleuse, il s'est blessé au poignet gauche. Souffrant d'une plaie délabrante, d'une section du pédicule vasculo-nerveux cubital et du tendon du cubital antérieur, il a été transporté en ambulance à l'Hôpital [...] à [...] 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 X._____, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive, chirurgie de la main à la Clinique de W._____.

Sur le plan subjectif, les suites de l'opération ont été plutôt décevantes avec une diminution globale de la force de la main gauche et de la persistance d'une perte de sensibilité de deux doigts. L'assuré a finalement séjourné du 27 mars au 30 avril 2004 à la Clinique L._____ à [...] en vue d'un bilan fonctionnel et d'une évaluation de la capacité résiduelle de travail dans la profession actuelle de montage et dépannage de tapis roulants de gravières. Dans un rapport de synthèse du 8 mai 2002, les Drs F._____, chef de clinique en réadaptation générale, et Q._____, médecin-assistant, ont posé 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 (ENMG du 18 avril 2002), de suture du nerf cubital gauche et du tendon du muscle cubital antérieur gauche et de transfert tendineux et greffe du nerf cubital. Ils ont également mis en

évidence des lombalgies chroniques et une obésité (BMI de 30), mais ont écarté toute atteinte psychiatrique (consilium psychiatrique du 3 avril 2002 du Dr D._____, médecin-associé du service psychosomatique). Ils ont enfin préconisé une reprise du travail dès le 1^{er} mai 2002 dans un but thérapeutique, une place auprès de l'employeur actuel pouvant être adaptée (conseils à la clientèle, petite découpe à l'atelier, instruction des ouvriers sur le chantier).

Dans un rapport du 20 novembre 2002 faisant suite à un examen médical final, le Dr G._____, médecin d'arrondissement à la CNA, a indiqué que l'assuré avait repris le travail à la journée entière dès le 6 juin 2002. Il était prévu que le patient se forme comme chef monteur avec des travaux d'atelier. Son rendement a toutefois été estimé à 25 %. Le Dr G._____ a en outre précisé ce qui suit :

"L'examen clinique est surtout dominé par une non utilisation de la main gauche qui est maintenue constamment ouverte.

S'il est vrai que la paralysie cubitale n'a pas beaucoup récupéré et que le transfert pour l'adducteur du pouce ne paraît pas très fonctionnel, une surcharge psychogène doit être évoquée pour expliquer ce résultat pitoyable.

En ce qui concerne les troubles du dos, le Pr V._____ a clairement conclu à des lombalgies chroniques sans grand substrat antomo-pathologique démontrable. De par leur nature, ils ne sont donc pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident.

En conséquence, je propose de clore le cas. Du point de vue médico-théorique, si on se réfère aux seules suites organiques de l'accident, une pleine capacité de travail reste tout à fait envisageable dans une activité légère, ne nécessitant pas de dextérité particulière, privilégiant le contrôle et la surveillance au travail manuel".

L'intéressé a finalement été licencié le 9 décembre 2002.

En date du 13 janvier 2003, la CNA a avisé l'assuré qu'il n'avait plus besoin de traitement et qu'elle mettait fin aux prestations d'assurance (indemnité journalière et frais de traitement) avec effet au 28 février 2003.

Par décision du 10 mars 2003, confirmée sur opposition du 23 juin 2003, la CNA a octroyé une rente d'invalidité basée sur une incapacité de gain de 38 %. Elle a en outre alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % ascendant à 16'020 fr.. La CNA s'est référée à l'appréciation du Dr G. _____ du 20 novembre 2002 qui a retenu le taux de 15 %. Compte tenu de l'atteinte vraisemblable résultant du prélèvement du nerf sural, la CNA a admis, dans le cadre de la procédure d'opposition, qu'il se justifiait de porter le taux global de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 18 %, correspondant à une indemnité complémentaire de 3'204 frs.

Par écriture du 27 octobre 2003, K. _____ a recouru contre cette décision sur opposition devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud. La CNA a conclu au rejet du recours dans la mesure où il était recevable, faisant valoir notamment qu'il était tardif. Par jugement sur partie du 4 août 2004, le Tribunal des assurances a déclaré le recours recevable en la forme. Suite au recours formé par la CNA, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a réformé le chiffre I du dispositif du jugement du Tribunal cantonal des assurances du 4 août 2004 en ce sens que le recours était irrecevable et son chiffre II annulé (arrêt du TFA 2005 U 291/04 du 8 novembre 2005).

b) Dans l'intervalle, l'intéressé a déposé le 6 juin 2002 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) en raison d'une grave coupure au poignet gauche (tendons et nerfs) ayant nécessité deux opérations.

Dans un rapport médical du 27 juin 2002, le Dr X. _____ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré de section du nerf cubital et tendons au poignet gauche avec paralysie cubitale. Il a attesté une incapacité de travail à 100 % dès le 5 octobre 2000, puis à 75 % dès le 1^{er} juin 2002, taux retenu par la CNA.

Au de ces éléments, l'OAI a sollicité l'appréciation de son Service médical régional (SMR). Par avis médical du 7 août 2003, le Dr P._____, médecin au 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. Il 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.

En date du 23 août 2003, l'assuré a versé au dossier deux certificats médicaux établis les 7 mai 2003 par le Dr X._____ et 23 août 2003 par le Dr U._____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, établissant que leur patient n'était pas en mesure de reprendre une activité professionnelle.

Dans un rapport médical du 11 novembre 2003, le Dr U._____ a confirmé que son patient ne pouvait reprendre d'activité professionnelle. Il a ajouté que lors d'un séjour en Turquie, une IRM avait été pratiquée mettant un évidence un bombement discal marqué L3-L4 latéral gauche, raison pour laquelle il a adressé l'assuré au CHUV pour une évaluation neurochirurgicale.

Dans un rapport du 6 janvier 2004, la Dresse T._____, chef de clinique au département de neurochirurgie du CHUV, a conclu à l'absence d'atteinte radiculaire à l'examen clinique et à l'imagerie, tout en précisant que la surcharge pondérale présentée par l'assuré pouvait jouer un rôle dans la genèse de ces douleurs dans la région lombaire.

En raison de la procédure pendante au niveau de l'assurance-accidents, le dossier de l'assuré a provisoirement été archivé dans l'attente de l'arrêt du TFA.

Dans un rapport médical intermédiaire du 20 avril 2006, l'OAI a mentionné avoir eu un entretien avec l'assuré. A cette occasion, ce dernier a déclaré qu'il n'avait jamais repris d'activité professionnelle depuis l'accident du 5 octobre 2000, qu'il était tombé dans les escaliers en raison d'un coma diabétique le 11 août 2005 entraînant une fracture du poignet droit nécessitant une opération à la Clinique de W. _____ et qu'il s'estimait dans l'incapacité de reprendre une quelconque activité professionnelle.

Dans un rapport médical du 20 juin 2006, le Dr U. _____ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de status 3 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 le médecin traitant, 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 effet estimé que les diagnostics de status 11 mois après la réduction sanglante d'une fracture de Goyrand-Smith avec enfoncement de la styloïde radiale au poignet droit, de diabète non-insulinodépendant et obésité et de carence en vitamine D3 substituée n'avaient aucune incidence sur la capacité de travail de son patient.

Dans un rapport médical du 21 août 2006, le Dr X. _____ a mentionné que l'incapacité de travail était de 100 % depuis l'accident en

2000 avec une main gauche inutilisable (non fonctionnelle à 99 %) chez un assuré ayant un emploi mono-manuel.

Par avis médical du 19 septembre 2006, le Dr A. _____ du 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. Cette absence de motivation, associée à un très vraisemblable syndrome d'amplification des plaintes, n'avait pas de caractère invalidant reconnu sur le plan médico-asséculo-logique. Seules les limitations objectivables 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).

B. a) En date du 20 septembre 2007, l'OAI a adressé à K. _____ un projet de décision d'acceptation d'une rente d'invalidité limitée dans le temps, soit du 5 octobre 2001 (fin du délai d'attente d'un an) au 31 juillet 2002 (soit après 3 mois d'amélioration depuis le mois de mai 2002). Se fondant sur l'avis médical du SMR, il a estimé que la capacité de travail de l'assuré dans son activité adaptée à ses limitations fonctionnelles devait être considérée comme entière dès le 1er mai 2002. Compte tenu du refus de l'assuré d'examiner les éventuelles possibilités en matière de mesures de réadaptation, l'OAI a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'557 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (secteur privé; production et services) en 2002 (année d'ouverture du droit à la rente), compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2002 (41.7 heures), et d'un taux d'abattement de 10 %, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 51'307 fr. 20. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 74'100 fr., mettait en évidence une perte de gain de 22'792 fr. 80, ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 31 %, taux insuffisant pour maintenir le droit à une rente.

b) Dans sa contestation du 19 octobre 2007, le recourant a notamment précisé qu'il acceptait de se soumettre à un nouveau stage d'observation.

Dans un rapport médical du 15 novembre 2007 adressé au Dr U._____, le Dr R._____, spécialiste FMH en anesthésiologie au Centre de la Douleur [...] à [...], a fait état d'une prise en charge pour des problèmes de dysthésie de membres inférieurs, sans substrat organique démontré, avec des signes de non-organicité et une 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 J._____, médecin-chef adjoint du SMR a considéré que le rapport du Dr R._____ n'apportait aucun élément objectif de nature à modifier l'exigibilité médicale.

c) Par lettre du 16 juillet 2008, l'OAI a indiqué à K._____ qu'il maintenait son projet de décision du 20 septembre 2007, les arguments avancés n'étant pas de nature à modifier son appréciation du degré d'invalidité. L'intimé a notamment retenu que l'assuré avait manifestement refusé de collaborer à l'instruction du dossier et que la mise en place de mesures de réadaptation serait vouée à l'échec. L'intimé restait cependant à disposition pour éventuelle aide au placement, pour autant que l'assuré ne conteste pas l'exigibilité de 100 % reconnue médicalement dans une activité adaptée.

Par attestation médicale du 4 septembre 2008, le Dr X._____ a indiqué ce qui suit :

"Monsieur K._____ présente une impotence fonctionnelle majeure de la main gauche (status après plaie délabrante ayant entraîné une dilacération du nerf cubital).

Le patient a en outre présenté le 11 août 2005 une fracture articulaire du poignet droit controlatéral (avec avulsion de la styloïde cubitale). De ce côté droit, Monsieur K._____ présente également des troubles résiduels, qui se

manifestent par des douleurs aussi météodépendantes, et une retuméfaction aux efforts, ainsi qu'une diminution de la force. La force de serrage à pleine main est d'environ 20 kg à droite. Les amplitudes sont modérément limitées, à 50-0-55° en extension-flexion. La radiographie montre une incongruence articulaire modérée, par enfoncement de la partie la plus radicale de l'épiphyse distale du radius, ainsi qu'une pseudarthrose (non-consolidation) de la styloïde cubitale.

Anamnestiquement le patient souffre également d'une hernie discale au niveau lombaire et d'un diabète".

Par décision formelle du 8 février 2010, l'OAI a confirmé le projet de décision du 20 septembre 2007.

C. a) Par acte de son mandataire du 15 mars 2010, K. _____ recourt contre cette décision et conclut à l'admission du recours, principalement à la réforme de la décision entreprise en ce sens qu'il a droit à une rente entière dès le 5 octobre 2001 basée sur un degré d'invalidité de 75 %, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée. Il constate tout d'abord qu'aucun avis médical étayé ne va dans le sens d'une capacité de travail résiduelle à 100 % dans une activité adaptée à partir du 1^{er} mai 2002. L'avis de sortie de la Clinique L. _____ indiquait certes une reprise de travail à 100 %, mais uniquement dans un but thérapeutique. Depuis la date litigieuse du 1^{er} mai 2002, son état de santé s'est aggravé. Outre son accident de la fracture du poignet droit en 2005, il souffre de lombosciatalgies et d'un état dépressif chronique modéré qui sont invalidants et qui doivent être pris en compte dans le calcul de son éventuel gain hypothétique. Enfin, il peine à comprendre comment l'intimé a pu fixer le taux d'invalidité à 31 %, alors le taux retenu par la CNA était de 38 % en 2003. Pour l'ensemble de ces motifs, il sollicite la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer la capacité de gain résiduelle et le type d'activité qu'il serait en mesure d'exercer.

Par décision du 17 mai 2010 du Bureau AJ, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 15 mars 2010.

b) Dans sa réponse du 12 mai 2010, l'intimé a confirmé sa décision du 8 février 2008, ainsi que sa lettre explicative du 16 juillet 2010 et a conclu au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) Interjeté le 15 mars 2010, 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]).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le recourant se plaint essentiellement du refus d'une rente d'invalidité au-delà du 31 juillet 2002 à laquelle il prétend avoir droit en vertu de la législation fédérale.

a) Tant le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI) que le droit à une rente (art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20; LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail

équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et

enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

3. a) En l'espèce, le recourant ne critique pas le refus de mesures de reclassement basée sur une inaptitude subjective déduite d'un courrier daté du 31 janvier 2006, rédigé par un tiers, mais signé par l'intéressé, dont la portée manque de clarté. Ultérieurement, soit dans le cadre de la procédure de contestation, le mandataire de l'assuré a signalé la disponibilité de son client pour des mesures d'ordre professionnel.

b) Il sied de rappeler que selon l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés. Le sens et le but de la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA est de rendre l'assuré attentif aux conséquences négatives possibles d'une attitude rénitente à collaborer, afin qu'il soit à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause et, le cas échéant, de modifier

sa conduite. Une telle procédure doit s'appliquer même lorsque l'assuré a manifesté de manière claire et incontestable qu'il n'entendait pas participer à un traitement ou à une mesure de réadaptation (TF 9C_100/2008 du 4 février 2009 consid. 3.2, TF I 605/04 du 11 janvier 2005, consid. 2 et les références, publié in SVR 2005 IV n° 30 p. 113; voir également TFI 265/05 du 3 octobre 2005, consid. 4, et I 485/04 du 16 décembre 2004, consid. 6.1).

c) Ainsi qu'il ressort des pièces figurant au dossier administratif, l'intimé a omis en l'espèce de procéder à la mise en demeure formelle requise par la loi, ce qui constitue une violation du droit fédéral. Compte tenu de l'issue de la procédure, il appartiendra à l'intimé s'il y a lieu de proposer au recourant des mesures d'ordre professionnel après avoir procédé à la sommation légale prévue à l'art. 21 al. 4 LPGa.

4. En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail compte tenu des atteintes à la santé qu'il présente. L'intimé a considéré que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée en se basant sur les rapports successifs du SMR des 7 août 2003, 19 septembre 2006 et 25 juin 2008.

a) Sur le plan du membre supérieur gauche, le Dr G. _____ a relevé que l'examen clinique final du 20 novembre 2002 était dominé par une non utilisation de la main qui était maintenue constamment ouverte et a évoqué une surcharge psychogène pour expliquer ce résultat. D'un point de vue médico-théorique, il a retenu une pleine capacité de travail dans une activité légère compte tenu des seules suites organiques de l'accident (rapport du 20 novembre 2002). Dans son rapport du 7 août 2003, le SMR a tenu compte des séquelles motrices, sensitives et algiques, puisqu'il a retenu de nombreuses limitations fonctionnelles, y compris d'épargne du dos, compte tenu d'éventuelles lombalgies limitantes (même si cela n'était pas avéré). Au vu du consilium psychiatrique du

Dr D._____, du 3 avril 2002 réalisé lors du séjour de l'assuré à la Clinique L._____, le SMR a écarté toute atteinte psychiatrique.

Le 11 août 2005, l'intéressé s'est fracturé le poignet droit en raison d'une chute dans les escaliers due à un coma diabétique et a été opéré à la Clinique de W._____. Dans un rapport du 19 septembre 2006, le SMR a confirmé ses conclusions du 7 août 2003 tendant à la reconnaissance d'une totale capacité de travail dans une activité adaptée, en l'absence d'une aggravation réellement démontrée. Il a ainsi constaté que le diabète était bien contrôlé (rapport médical du Dr U._____ du 20 juin 2006), que l'état dépressif modéré ne nécessitait aucune prise en charge spécialisée et que le bilan clinique et l'imagerie radiologique (rapport du 6 janvier 2004 de la Dresse T._____) étaient rassurants, compte tenu de l'absence de compression radiculaire et d'anomalie significative de la région lombaire.

b) Par la suite, l'assuré a évoqué des douleurs au niveau des membres inférieurs prédominant à droite. Si elles n'ont pas permis d'objectiver d'altérations supplémentaires, elles ont cependant incité le Dr R._____ à préconiser des investigations supplémentaires avant de conclure définitivement à des symptômes sans support organique (rapport du 15 novembre 2007 adressé au Dr U._____). En effet, un avis neurologique sous forme d'une étude électro physiologique était en mesure de confirmer ou non la présence d'une neuropathie diabétique. Par ailleurs, le Dr X._____ a indiqué que son patient 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 (attestation médicale du 4 septembre 2008). Enfin, le Dr X._____ a fait état d'une hernie discale.

c) Au vu des éléments précités, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant aux conséquences des atteintes somatiques sur la capacité de travail du recourant dans toute activité. Les éléments mis en exergue par les

Drs X. _____ et R. _____ auraient en effet mérité d'être davantage instruits sur le plan médical. L'intimé a toutefois préféré se fonder sur les rapports du SMR, qui, durant plus de 8 ans (laps de temps entre le dépôt de la demande AI et la date de la décision attaquée) n'a ni examiné le recourant, ni procédé à des examens complémentaires, se contentant de remettre en cause les constatations des médecins traitants de l'assuré qui concluaient à une totale incapacité de travail dès le 5 octobre 2000 (rapports médicaux des Drs U. _____ du 20 juin 2006 et X. _____ du 21 août 2006). En outre, il convient de relever que le rapport du 25 juin 2008 du Dr R. _____ a été établi à l'intention du Dr U. _____ et non à celle de l'intimé. Il n'avait dès lors pas pour but de préciser le taux de capacité de travail du recourant, mais d'indiquer les motifs pour lesquels ce dernier souffrait de dysthésies aux membres inférieurs, raison pour laquelle le SMR ne pouvait d'emblée l'écartier. Enfin, le SMR n'a pas pris position par rapport à l'attestation médicale établie le 4 septembre 2008 par le Dr X. _____.

Dans ce contexte, l'instruction menée par l'intimé s'avère manifestement lacunaire et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit, notamment de lever toute incertitude au sujet de la répercussion des atteintes somatiques sur la capacité de travail de l'intéressé. En préférant statuer en l'état, sans chercher à élucider ce point essentiel, l'intimé a non seulement constaté les faits de façon sommaire, mais a encore failli à son devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA et 69 al. 2 RAI).

5. Partant, le Tribunal de céans doit annuler la décision attaquée et renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise indépendante (art. 44 LPGA, compte tenu des prises de position du SMR en procédure), respectivement toute mesure utile au regard des affections somatiques présentées par le recourant, puis qu'il rende une nouvelle décision.

6. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires dans le cadre de la présente procédure.

b) Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), qu'il y a lieu de fixer à 2'000 fr., compte tenu des opérations nécessaires effectuées par son avocat (art. 7 al. 1 du Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales [TFJAS; RSV 173.36.5.2]). Il n'y a dès lors pas lieu de fixer la rémunération de l'avocat d'office dans le cadre de l'assistance judiciaire.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 8 février 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à cet Office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud doit verser à K. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me 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).

La greffière :