

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 décembre 2010

---

Présidence de Mme THALMANN  
Juges : Mmes Lanz Pleines et Röthenbacher  
Greffière : Mme Pasche

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**E.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA; 4 al. 1, 14a ss et 28 al. 2 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** E. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] né en 1963, marié et père de trois enfants dont deux majeurs, sans formation, a été inscrit auprès de la société [...] du 20 février 2006 au 16 mai 2007. Son salaire total soumis à cotisation AVS pour la période du 24 février au 21 décembre 2006 s'est élevé à 30'224 fr. 05 selon attestation de l'employeur du 7 mars 2008. Dans le cadre d'un contrat de mission ayant débuté le 8 janvier 2007, il a œuvré en qualité de nettoyeur pour le compte de la société [...], au salaire horaire de 22 fr. 12, y compris vacances, jours fériés et treizième salaire, pour un horaire de travail de 43 heures par semaine. Selon la déclaration de sinistre LAA du 22 mars 2007, l'assuré a déplacé le 14 mars 2007 des plaques qui lui sont retombées sur le pouce droit. L'assuré a présenté dès cette date une incapacité de travailler de 100% jusqu'au 2 décembre 2007, sous réserve d'une tentative de reprise du travail à 50% du 14 au 16 mai 2007, puis de 50% dès le 3 décembre 2007. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA ou Suva).

Dans un rapport médical intermédiaire du 25 avril 2007 à la CNA, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH médecine interne, médecin traitant, a observé que l'évolution était lentement favorable.

Le 21 mai 2007, dans son rapport médical intermédiaire à la CNA, la Dresse K. \_\_\_\_\_, médecin assistante auprès de la Clinique et permanence de [...], a diagnostiqué des douleurs post-traumatiques de la phalange proximale du pouce droit ainsi qu'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite post-traumatique. Elle estimait que l'évolution était très lentement favorable avec surtout des douleurs persistantes à l'épaule droite.

Le Dr Z. \_\_\_\_\_, radiologue FMH, a effectué le 1er juin 2007 une arthro-IRM de l'épaule droite de l'assuré. Il a posé la conclusion suivante dans son rapport médical du même jour à la Dresse K. \_\_\_\_\_:

«Déchirure partielle du tendon du muscle sus-épineux sur sa face articulaire, sur une distance évaluée à 0,9 cm dans un plan coronal, environ 0,8 cm dans un plan transverse, associée à d'importantes altérations de signal du tendon du long chef du biceps dans son trajet horizontal et à la hauteur de la poulie, sans discontinuité. Irrégularité du labrum en regard de l'insertion du tendon du long chef du biceps, fortement suspecte de lésion de type SLAP.»

Le 14 juin 2007, l'assuré a été convoqué à un entretien auprès de la CNA, dont il ressort notamment ce qui suit:

«Le 14.03.07, vers 16.00, je me trouvais sur le chantier de [...], dans un immeuble dans lequel je devais évacuer l'intérieur. Je me trouvais au 2e étage et j'ai passé notamment des planches de bois mouillées par la fenêtre. Je les ai lancées sur le petit toit du 1er étage.

Par la suite, je me suis rendu sur le petit toit pour lancer ces plateaux dans la benne qui était au niveau du rez. C'est à cet endroit qu'un des plateaux de bois a glissé de la pile et qu'il est venu me frapper d'abord sur l'épaule droite, puis sur le pouce droit et finalement sur le gros orteil du pied gauche.

J'ai tout de suite eu un peu mal, mais cela était supportable. Au niveau du pouce, cela était aussi supportable au début, mais après 15-20 minutes, il a énormément gonflé et je ressentais comme des coups de marteau dans le pouce. Le pied faisait mal, mais sans plus.

Les collègues m'ont ramené sur Lausanne et m'ont directement laissé à Vidy-Source. Le médecin m'a ausculté le pouce qui était douloureux. Il a fait une radio, m'a mis une bande, mis en arrêt de travail et m'a pris rendez-vous chez le Dr F.\_\_\_\_\_.

[...]

Je suis toujours en arrêt de travail à 100%.

Mon pied gauche est en ordre. Il ne reste qu'une marque noire sur le gros orteil.

Je peux bouger le pouce mais très délicatement, car cela fait mal.

L'épaule ne va également pas bien.»

Dans un courrier du 5 juillet 2007 à la CNA, la Dresse K.\_\_\_\_\_ et le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont observé qu'à la consultation du 3 juillet 2007, l'assuré présentait toujours une douleur importante et une gêne fonctionnelle de l'arc supérieur de l'épaule. Ces praticiens ne retenaient actuellement pas d'indication chirurgicale mais estimaient qu'une adaptation professionnelle devait être envisagée.

Dans son rapport médical intermédiaire du 10 juillet 2007 à la CNA, la Dresse K.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une tendinite de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, a constaté une régression partielle des douleurs avec infiltration de cortisone le 11 juin 2007 et a relevé que l'évolution était très lente, proposant une adaptation du lieu de travail afin d'éviter des mouvements douloureux dans l'arc supérieur de l'épaule droite.

Le Dr C.\_\_\_\_\_, chirurgien FMH et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a examiné l'assuré le 9 octobre 2007. Dans son rapport d'examen médical final, le Dr C.\_\_\_\_\_ a notamment relevé ce qui suit:

«Actuellement, le patient, qui est venu avec sa fille, dit qu'il a encore passablement de douleurs dans l'épaule droite, irradiant vers la nuque. Il signale aussi une abduction spontanée de l'auriculaire droit qui semble le gêner. Il doit également éviter de se coucher sur l'épaule droite. Objectivement, l'épaule droite est tout à fait souple, vaguement douloureuse à la mobilisation. Les signes du conflit sont négatifs. La chute du bras est bien freinée lors de la manœuvre de Jobe et la mise sous tension du sus-épineux n'est que légèrement douloureuse. La force en rotation externe est parfaitement conservée. Le sous-scapulaire est fonctionnel. La mobilité active est complète. Une incapacité totale de travail ne se justifie certainement pas mais, d'un autre côté, il n'est pas possible de demander des aménagements du poste de travail pour ce travailleur temporaire qui, d'après ce qu'on croit comprendre, serait régulièrement engagé dans des travaux pénibles. Une observation stationnaire et multidisciplinaire à la Clinique romande de réadaptation permettra probablement de se faire une meilleure idée des choses.»

L'assuré a été hospitalisé auprès de la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR) à Sion du 31 octobre au 28 novembre 2007. A cette occasion, un consilium psychiatrique a eu lieu le 8 novembre 2007, un ENMG a été effectué le 15 novembre 2007 et un rapport de physiothérapie a été établi le 28 novembre 2007. Dans leur rapport du 2 janvier 2008 au Dr C.\_\_\_\_\_, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et la Dresse G.\_\_\_\_\_, médecin assistant, ont posé le diagnostic primaire de thérapies physiques et fonctionnelles (Z50.1) et les diagnostics secondaires d'accident de travail le 14 mars 2007 avec contusion de l'épaule droite et du pouce droit (T92.8) et de lésion partielle de la face profonde du tendon supra-épineux (T92.5). Sous la rubrique

«appréciation et discussion» de leur rapport, ces praticiens ont relevé ce qui suit:

«1. A l'admission, le patient se plaint de douleurs de l'épaule droite irradiant parfois vers le coude. Il déclare ne pas pouvoir mobiliser son épaule sans douleur. Il décrit les douleurs comme une brûlure dans l'épaule parfois associée à des crampes de tout le membre supérieur droit avec une intensité sur l'EVA entre 4 et 8/10. Il a peur d'une paralysie du membre supérieur droit.

Au status, on note une épaule droite calme, palpation déclarée douloureuse de points Trigger des muscles sous-scapulaire, pectoral et angulaire. A la mobilisation, on note des douleurs à l'abduction à 100°, les rotations externes coudes au corps sont symétriques, la rotation interne diminuée à droite. La mobilisation de la colonne cervicale, du coude et de la main est complète. Les tests de conflit et de la coiffe sont négatifs. Le testing musculaire est symétrique.

L'arthro-IRM de l'épaule du 02.06.2007 montre une lésion partielle de la face profonde du tendon supra-épineux. Aucune lésion transfixiante. Le reste de la coiffe est de bonne qualité avec un biceps sans altération de signal et en place dans sa gouttière.

L'ENMG n'apporte aucun argument en faveur d'une plexopathie brachiale, d'une radiculopathie cervicale, d'une neuropathie axillaire ou sus-scapulaire. On retient au membre supérieur droit de discrets signes d'une atteinte irritative, du médian au tunnel carpien et du cubital à la gouttière épitrochléenne du coude. Il n'y a pas de mesure spécifique qui soit proposée pour ces éléments peu marqués dont l'implication dans la problématique douloureuse actuelle est très improbable.

Le consilium psychiatrique met en évidence une surcharge psychique et le patient fait globalement face.

Nous retenons donc des séquelles douloureuses suite à un traumatisme de la ceinture scapulaire droite. Le bilan radiologique confirme l'absence de lésion transfixiante. En revanche, présence d'une lésion partielle de la face profonde du supra-épineux. Notre chirurgien-consultant, comme le Dr H. \_\_\_\_\_, ne retient pas d'indication opératoire.

Le patient suit un programme de physiothérapie intensive avec des traitements passifs (mobilisation passive de l'épaule droite, TENS, glace, massages mobilisants) et en actif (mobilisation active de l'épaule droite, renforcement musculaire de l'épaule, proprioception de l'épaule). Le patient participe aux traitements en groupe, avec piscine, entraînement thérapeutique et entraînement individuel.

Au terme du séjour, le patient a toujours les mêmes plaintes. Objectivement, le thérapeute observe que le patient se tient régulièrement la main droite, mais qu'il l'intègre bien dans les activités, surtout pour les groupes. Côté thérapies individuelles, le patient s'autolimité fortement et il y a une grande variation lors des prises de mesures d'amplitudes de l'épaule droite. Les limitations résident dans le port de charges lourdes au-dessus du plan des épaules et dans les activités répétitives, au-dessus de la tête.

2. Concernant le pouce droit, le patient se plaint de douleur et d'une limitation de la force. Notre consultant de chirurgie de la main retient un grattage à la mobilisation de l'articulation métacarpophalangienne, en

relation avec une probable atteinte dégénérative de cette articulation. En cas de persistance de ces symptômes, il faudra compléter l'imagerie par un scanner de l'articulation métacarpophalangienne. Pas d'indication opératoire dans l'immédiat.

En ergothérapie, est effectuée une évaluation avec un bilan 400 pts qui montre un pourcentage d'utilisation de la main lésée (MST) de 45% (cf. rapport).

Une orthèse de stabilisation du pouce type pouce du skieur est effectuée.

### **3. Sur le plan professionnel:**

Il s'agit d'un patient engagé par une Agence de placement, dans la profession de nettoyeur, dont dernièrement le travail consistait en la remise en état après incendie et dégâts d'eau, en entretien d'immeubles ou en leur rénovation. Au vu des limitations pour le travail au-dessus de l'horizontale de l'épaule, une reprise de travail dans la profession exercée avant son accident n'est pas possible. Dans une activité adaptée respectant les limitations pour le travail de force et répétitif au-dessus du plan des épaules, elle sera totale. A la fin du séjour, nous reconnaissons une capacité de 50% à augmenter progressivement. Un contrôle par le médecin de l'Agence serait utile au début de l'année 2008. A noter que le patient pense qu'il va être licencié.

Le patient sera revu en consultation à la Permanence de Longeraie, le 10.12.2007.

A noter chez ce patient une situation sociale précaire (permis F, pas de qualification professionnelle) qui risque de compliquer la réintégration professionnelle.

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE NETTOYEUR

- 100% du 31.10.2007 au 02.12.2007.
- 50% du 03.12.2007 au 10.12.2007.»

Dans un rapport médical du 8 janvier 2008 à la CNA, le Dr H.\_\_\_\_\_ et la Dresse U.\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont observé ce qui suit:

«Le patient susmentionné a été vu à notre consultation la dernière fois le 18.12.2007 pour des douleurs post-traumatiques de l'épaule droite survenues suite à un accident du 15.3.2007.

Il est suivi dans notre établissement pour ce problème depuis le 11.4.2007 avec une évolution quasi nulle hormis une discrète régression des douleurs suite à une infiltration de cortisone réalisée le 11.6.2007 (cf. lettre du 5.7.2007).

Monsieur E.\_\_\_\_\_ a été revu en présence du docteur H.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste. Les plaintes et le status sont inchangés. Nous pensons avoir ainsi épuisé toutes les ressources du traitement conservateur et une option chirurgicale ne nous paraît pas raisonnable. Nous avons donc mis un terme au traitement et vous recommandons plutôt d'envisager des mesures professionnelles.»

Le Dr C.\_\_\_\_\_ a à nouveau examiné l'assuré le 28 février 2008. Dans son rapport d'examen final, il a notamment relevé ce qui suit:

«Actuellement, le patient qui parle assez bien l'italien, dit qu'il a essayé de reprendre le travail à 50% comme prévu en décembre mais que ça n'allait pas. Il a toujours des douleurs dans l'épaule droite dès qu'il essaie de lever quelque chose et il a l'impression que son bras s'endort. Il a aussi des douleurs du pouce droit, lequel a tendance à enfler à l'effort. Objectivement, l'épaule droite, qui ne présente pas d'amyotrophie significative, est tout à fait souple. Les signes du conflit sont interprétables chez un patient très expressif, qui se plaint quoi qu'on fasse. Les différents tendons de la coiffe des rotateurs sont fonctionnels. La mobilité active est complète mais il faut beaucoup insister. Le pouce droit est calme. Il y a cependant un net grattage à la mobilisation de la métacapo-phalangienne. Du point de vue thérapeutique, pour ne rien laisser dans l'ombre, je souhaiterais que le patient soit encore examiné par le Dr M. \_\_\_\_\_, qui me lit en copie, puisqu'il se plaint passablement du pouce. En ce qui concerne la capacité de travail, il n'y a aucune raison de s'écarter des conclusions prises à l'issue du séjour à la Clinique romande de réadaptation. Il ne fait aucun doute, en effet, que le patient peut travailler dans une certaine proportion comme nettoyeur, voire en plein, s'il s'agit de nettoyages de bureau par exemple. Il faut qu'il s'inscrive au chômage et qu'il cherche un emploi qui lui convienne. Une annonce AI n'est pas hors de propos mais il est peu probable que cette institution entre en matière pour des mesures de réadaptation professionnelles.»

L'assuré a déposé le 6 mars 2008 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi d'une rente, d'une orientation professionnelle ainsi qu'à un reclassement dans une nouvelle profession. Il a indiqué que son salaire mensuel brut était de 3'800 francs.

Dans un rapport médical adressé le 28 mars 2008 à l'Office AI pour le canton de Vaud (ci-après: OAI), le Dr F. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de contusion du 1er métacarpien gauche avec douleurs persistantes du pouce droit, de déchirure partielle du tendon sus-épineux et de tendinite du long biceps du MSD. L'incapacité de travail était de 100% du 15 mars au 31 décembre 2007, puis de 50% dès le 1er janvier 2008. Selon ce praticien, la reprise de l'ancienne activité professionnelle, soit de nettoyeur, qui comportait des travaux de déblaiements assez lourds, n'était probablement plus envisageable. Le Dr F. \_\_\_\_\_ observait qu'il faudrait trouver un poste de travail exigeant peu d'efforts physiques, la capacité de travail de l'assuré

dans un poste adapté à son handicap devant s'élever à au moins 50 pour-cent.

Selon le rapport d'évaluation établi le 3 avril 2008 à la suite d'un entretien auprès de l'OAI, l'assuré a indiqué qu'il avait toujours mal dès qu'il faisait des mouvements ou qu'il portait quelque chose de lourd, expliquant avoir fait beaucoup de recherches d'emploi, toujours dans le nettoyage, mais sans trouver car on ne l'engageait pas à 50 pour-cent.

Le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie plastique reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main, a examiné l'assuré le 22 avril 2008. Son rapport médical du 6 mai 2008 au Dr C.\_\_\_\_\_ avait notamment la teneur suivante:

«Le patient présente actuellement une symptomatologie douloureuse persistante au niveau de la colonne du pouce droite, localisée au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne. Les radiographies pratiquées le lendemain de l'accident mettent en évidence une petite irrégularité à la base de P1, qui se retrouve par la suite sur les prochains clichés sous la forme d'un petit bec ostéophyttaire. On peut dans ces conditions parler d'une arthrose MP débutante, vraisemblablement décompensée par le traumatisme survenu en 2007. Au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne, il persiste également une symptomatologie douloureuse, compatible avec une rhizarthrose débutante, sans que les signes radiologiques de rhizarthrose soient présents.

Sur le plan thérapeutique, je ne pense pas qu'il y ait de proposition chirurgicale à faire, le traitement conservateur par anti-inflammatoires locaux et per os devrait être poursuivi en fonction de l'évolution de la symptomatologie douloureuse. A la rigueur, une infiltration intra-articulaire pourrait éventuellement être proposée.»

Un entretien a été organisé le 15 mai 2008 à l'Office régional de placement (ci-après: ORP) de [...] en présence de l'assuré. Selon le rapport d'entretien du 21 mai 2008, ce dernier a affirmé qu'il ne pouvait pas travailler à plus de 50% et que son bras et sa main droits étaient quasiment inutilisables. L'assuré a contesté les conclusions du Dr C.\_\_\_\_\_ selon lesquelles il ne faisait aucun doute qu'il pouvait travailler dans une certaine proportion comme nettoyeur, voire en plein, s'il s'agissait de nettoyage de bureaux par exemple. L'assuré s'est inscrit au chômage et ses recherches d'emploi ont été orientées vers des

entreprises de nettoyage, à un taux de 50 pour-cent. La possibilité a été évoquée de faire un stage à 100% pour trouver une activité adaptée, l'assuré n'y étant pas opposé mais ne sachant pas s'il tiendrait. Il n'avait pas d'idées d'activité professionnelle pouvant lui convenir et a été invité à y réfléchir et les transmettre au gestionnaire de son dossier d'ici au 27 mai 2008. Le dossier de l'OAI ne comporte nulle trace d'une réponse de l'assuré à cette demande.

Le 10 juin 2008, le Dr C. \_\_\_\_\_ a procédé à un nouvel examen de l'assuré. Sous la rubrique «appréciation» de son rapport d'examen médical final, le Dr C. \_\_\_\_\_ a fait les observations suivantes:

«Actuellement, le patient dit qu'il a des douleurs un peu diffuses dans tout le MSD, incluant le pouce, lequel a tendance à enfler. Il décrit également des irradiations douloureuses vers la nuque.

Objectivement, l'épaule droite paraît douloureuse à la mobilisation, surtout en fin de course, mais elle est tout à fait souple. Les signes du conflit restent difficiles à interpréter chez un patient très expressif, qui se plaint quoi qu'on fasse. Les différents tendons de la coiffe des rotateurs sont fonctionnels. La mobilité est complète. Il n'y a aucune épargne de la main droite. Le pouce droit est calme. Il semble un peu douloureux à la mobilisation et il y a un petit grattage, tant au niveau de la TM que de la MCP. La mobilité est légèrement limitée par rapport à gauche. La force de serrage de la main droite est modérément réduite.

Du point de vue thérapeutique, on s'accorde pour dire qu'il faut rester conservateur, tant pour l'épaule que pour le pouce.

Si on admet avec le Dr M. \_\_\_\_\_ que l'accident du 14.3.07 a entraîné une lésion osseuse à la base de la première phalange du pouce, il est difficile de limiter dans le temps la responsabilité de la Suva pour les troubles à ce niveau, même si un état antérieur ne fait guère de doute.

En ce qui concerne la capacité de travail, comme je l'ai déjà dit, le patient peut travailler dans une certaine proportion comme nettoyeur, voire en plein s'il s'agit de nettoyages légers.

Il conserve quoi qu'il en soit, une pleine capacité de travail dans toute activité légère, de type industriel, exercée à hauteur de table ou d'établi.

Si on se réfère à la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/5.f-2000, un taux de 7,5% peut être retenu.

En effet, du point de vue fonctionnel, la situation correspond pour l'épaule à une omarthrose débutante, soit 5%, et pour le pouce à une rhizarthrose débutante, soit également 5%.

Pour le pouce, une réduction de 50% est justifiée en raison d'un état antérieur patent.

L'atteinte à l'intégrité nette totale se monte ainsi à 7,5% (5% + 50% de 5% = 7,5%).»

Le gestionnaire de dossier de l'assuré a prié ce dernier par courrier du 25 juin 2008 de le contacter afin de lui fournir des informations sur sa situation actuelle. L'assuré ne paraît pas avoir donné suite à cette requête.

Dans un rapport médical du 17 juillet 2008, le Dr W.\_\_\_\_\_, anesthésiologue FMH, du Service médical régional AI (ci-après: SMR), a observé qu'il ressortait de l'examen final du 10 juin 2008 du médecin d'arrondissement de la CNA que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans toute activité qui ne nécessitait pas de travaux de force ni de travaux au-dessus de l'horizontale du bras droit. Le Dr W.\_\_\_\_\_ estimait que l'assuré présentait ainsi une pleine capacité de travail dans une activité légère, ainsi qu'en tant que nettoyeur, si les limitations fonctionnelles étaient respectées.

L'OAI a rendu, le 1er septembre 2008, un projet de décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles, au motif que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité légère ainsi que pour l'activité habituelle de nettoyeur pour autant que les limitations fonctionnelles (pas de travaux de force ni de travaux au-dessus de l'horizontale du bras droit) soient respectées. Après comparaison du revenu sans invalidité (45'383 fr. 80 selon la convention collective de travail 2008 dans la branche du nettoyage) et avec invalidité (55'250 fr. 52), il n'obtenait aucune perte de gain et n'avait pas droit à une rente d'invalidité. L'OAI précisait que l'assuré avait toutefois le droit à une aide au placement qui pouvait lui être octroyée sur demande écrite de sa part.

Par décision du 9 septembre 2008, la CNA a mis un terme au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 septembre 2008 et a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 8'010 fr., à raison d'une atteinte à l'intégrité de 7,5 pour cent.

Par décision du 9 octobre 2008, l'OAI a maintenu son refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles, l'assuré ne présentant

aucun préjudice économique dès lors que le salaire qu'il pourrait réaliser dans une activité adaptée était au moins aussi élevé que le salaire réalisé dans son activité habituelle de nettoyeur, rappelant qu'il avait droit à une aide au placement qui pouvait lui être octroyée sur demande écrite de sa part.

**B.** E. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision le 31 octobre 2008, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement à ce que des mesures de réinsertion soient prononcées afin qu'il puisse plus facilement trouver un travail adapté à ses conditions. Le recourant requiert le bénéfice de l'assistance judiciaire. Il fait valoir en substance que depuis l'accident du 14 mars 2007, sa capacité de travail s'est totalement réduite et qu'elle est désormais presque nulle. Il explique qu'il continue à signaler des douleurs chroniques de l'épaule droite, en particulier nocturnes, avec exacerbation lors de la mobilisation du membre supérieur droit, en particulier lors du ballant du membre supérieur droit lors de la marche, si bien qu'il marche en fixant la main dans la poche placée à mi-hauteur d'une veste. Il expose devoir être aidé par son épouse dans certaines activités, en particulier pour prendre une douche. Il explique en outre que ses médecins traitants ont constaté que son état de santé se péjorait d'un jour à l'autre malgré les multiples traitements effectués, estimant que la dégradation de son état et l'impossibilité d'exercer une activité même adaptée à sa situation doivent justifier l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il fait encore valoir qu'il a tout entrepris afin d'exercer une activité adaptée à ses conditions, sans que cela soit possible, arguant du fait que des mesures de réinsertion lui ont été refusées par l'OAI, alors qu'il n'a pas de formation supérieure, que son niveau de français n'est pas élevé et qu'il est ainsi plus difficile pour lui que pour une autre personne qualifiée de trouver un emploi.

L'assistance judiciaire provisoire a été accordée le 17 novembre 2008 au recourant. Le 16 mars 2009, la juge instructrice lui a impartit un délai au 26 mars 2009 pour produire la décision du Bureau de l'assistance judiciaire, faute de quoi l'assistance judiciaire provisoire lui serait retirée et une avance de frais demandée. Le recourant n'a pas

produit de décision du Bureau de l'assistance judiciaire et s'est acquitté de l'avance de frais le 16 avril 2009.

Dans sa réponse du 18 mai 2009, l'OAI propose le rejet du recours.

Dans le cadre de l'instruction du recours, la juge instructrice a requis production du dossier de la CNA, qui a été produit le 4 juin 2009. Il y figurait notamment un compte rendu des démarches effectuées par l'inspecteur accidents de la CNA dès le 6 mai 2009, selon lequel l'assuré s'était blessé à la main gauche en 2008 et n'était plus à l'incapacité de travail. Il avait été autorisé à partir au [...] du 10 au 24 mai 2009 par son conseiller ORP et touchait toujours des indemnités journalières de l'assurance-chômage. L'inspecteur accidents relevait en outre qu'il avait appelé [...] et parlé à son directeur, qu'il avait déjà contacté en août 2008 pour un emploi plus adapté, qui lui avait signalé qu'il n'avait finalement jamais revu l'assuré. L'inspecteur accidents expliquait enfin avoir contacté le conseiller ORP de l'assuré, qui n'était pas au courant que celui-ci aurait subi un accident à la main gauche en octobre 2008.

Le 5 juin 2009, les parties ont été informées qu'elles pouvaient consulter le dossier de la CNA et déposer des déterminations éventuelles. Par courrier du 29 juin 2009, l'OAI indique qu'après avoir pris connaissance du dossier de la CNA, il n'a pas de remarques à formuler et confirme intégralement ses conclusions. Sur requête du recourant, le délai qui lui était imparti pour consulter le dossier de la CNA et se déterminer a été prolongé au 20 août 2009. Le recourant ne s'est pas déterminé.

### **E n d r o i t :**

**1.**           **a)** A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1er janvier 2009, les causes pendantes

devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été 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 en la forme.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur la question du taux d'invalidité du recourant et de son éventuel droit à une rente d'invalidité et à des mesures de réinsertion.

Le recourant soutient que son état de santé s'est aggravé et qu'il est dans l'impossibilité d'exercer une activité, même adaptée à sa situation. L'OAI estime quant à lui que le recourant dispose d'une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et qu'il n'a pas droit à une rente.

**3. a)** Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

A teneur de l'art. 7 LPGA, 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.

En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

**b)** Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

**c)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il

prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2; 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

Par ailleurs, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2).

**d)** L'assurance-invalidité n'a pas à répondre des difficultés de l'assuré pour trouver un emploi approprié liées à des facteurs étrangers à l'invalidité – tels que des difficultés linguistiques, le manque de formation professionnelle ou l'âge. S'il est vrai que de tels facteurs jouent un rôle pour déterminer dans le cas concret les activités que l'on peut

raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voir impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (ATF 107 V 21 consid. 2c; TFA I 377/98 du 28 juillet 1999, consid. 1 et les références, publié in VSI 1999 p. 247 consid. 1; TF I 1082/06 du 24 septembre 2007, consid. 2.1; TFA I 293/05 du 17 juillet 2006, consid. 2.1).

**4. a)** En l'espèce, le recourant a été examiné à trois reprises par le Dr C.\_\_\_\_\_, les 9 octobre 2007, 28 février et 10 juin 2008. Il a en outre été hospitalisé du 31 octobre au 28 novembre 2007 auprès de la CRR afin qu'une observation stationnaire et multidisciplinaire de son état puisse être effectuée. Il a également été examiné par le Dr M.\_\_\_\_\_ en raison des douleurs au niveau du pouce droit.

Sur le plan physique, le Dr C.\_\_\_\_\_ constate dans ses rapports des 9 octobre 2007, 28 février et 10 juin 2008 qu'objectivement, l'épaule droite est tout à fait souple et que la mobilité active est complète. Dans ses rapports des 28 février et 10 juin 2008, le Dr C.\_\_\_\_\_ observe que les différents tendons de la coiffe des rotateurs sont fonctionnels et que le pouce droit est calme, relevant un petit grattage. Au niveau du pouce droit, le Dr M.\_\_\_\_\_ note dans son rapport médical du 6 mai 2008 que la symptomatologie douloureuse est compatible avec une rhizarthrose débutante, sans que les signes radiologiques de rhizarthrose ne soient présents, conseillant, sur le plan thérapeutique, un traitement conservateur par anti-inflammatoires locaux et per os, sans qu'il n'y ait de proposition chirurgicale à faire. Du point de vue thérapeutique, le Dr C.\_\_\_\_\_ conclut lui aussi dans son dernier rapport d'examen du 10 juin 2008 qu'il faut rester conservateur, tant pour l'épaule que pour le pouce. Les Drs S.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ de la CRR, dans leur rapport du 2 janvier 2008, relèvent aussi au status une épaule droite calme, l'arthro-IRM de l'épaule effectuée le 2 juin [recte: 1er juin] 2007 ayant montré une lésion partielle de la face profonde du tendon supra-épineux, le reste de la coiffe

étant de bonne qualité. S'agissant du pouce, ils constatent que leur consultant de chirurgie de la main a retenu un grattage à la mobilisation de l'articulation métacarpophalangienne en relation avec une probable atteinte dégénérative de cette articulation.

Quant à la capacité de travail du recourant, les médecins de la CRR estiment dans leur rapport du 2 janvier 2008 qu'elle sera totale dans une activité adaptée respectant les limitations pour le travail de force et répétitif au-dessus du plan des épaules. Le 28 février 2008, le Dr C.\_\_\_\_\_ observe qu'il n'y a aucune raison de s'écarter des conclusions prises à l'issue du séjour à la CRR concernant la capacité de travail, estimant qu'il ne fait aucun doute que le patient peut travailler dans une certaine proportion comme nettoyeur, voire en plein, s'il s'agit de nettoyages de bureau par exemple. Dans son rapport d'examen du 10 juin 2008, le Dr C.\_\_\_\_\_ précise que l'assuré conserve une pleine capacité de travail dans toute activité légère, de type industriel, exercée à hauteur de table ou d'établi. Le Dr W.\_\_\_\_\_ du SMR confirme également dans son rapport médical du 17 juillet 2008 que l'assuré présente une pleine capacité de travail dans une activité légère, ainsi qu'en tant que nettoyeur, si les limitations fonctionnelles sont respectées. Quant aux médecins traitants de l'assuré, ils ne font pas un constat différent de celui des médecins précités: la Dresse K.\_\_\_\_\_ et le Dr H.\_\_\_\_\_, dans leur courrier du 5 juillet 2007 à la CNA, ne retiennent pas d'indication chirurgicale mais estiment qu'une adaptation professionnelle doit être envisagée. Dans son rapport médical intermédiaire à la CNA du 10 juillet 2007, la Dresse K.\_\_\_\_\_ propose une adaptation du lieu de travail afin d'éviter des mouvements douloureux dans l'arc supérieur de l'épaule droite. Dans leur rapport médical du 9 janvier 2008, le Dr H.\_\_\_\_\_ et la Dresse U.\_\_\_\_\_ rappellent qu'une option chirurgicale ne leur paraît pas raisonnable et qu'ils ont donc mis un terme au traitement, recommandant plutôt d'envisager des mesures professionnelles. Le Dr F.\_\_\_\_\_, dans son rapport médical du 28 mars 2008 à l'OAI, observe qu'il faudrait trouver un poste de travail exigeant peu d'efforts physiques, estimant que dans un poste adapté, la capacité de travail devrait s'élever à 50% au moins. Finalement, aucun des médecins du recourant ne fait état, comme

ce dernier le soutient, d'une péjoration de son état de santé. Il ne résulte pas non plus des pièces au dossier que son état justifierait, comme il le prétend, l'aide d'un tiers pour certains actes de la vie, comme celui de se laver.

Dans ces conditions, il y a lieu de retenir une capacité de travail exigible entière sur le plan somatique.

**b)** Du point de vue psychologique, le consilium psychiatrique du 8 novembre 2007 mentionne la présence d'une surcharge psychique, le psychiatre relevant pourtant que le patient fait globalement face. Aucun médecin ne retient au demeurant une diminution de la capacité de travail au plan psychique. Il convient en conséquence de retenir également une capacité de travail exigible entière sur ce plan.

**5.** Il reste encore à déterminer le taux d'invalidité du recourant.

**a)** L'évaluation du taux d'invalidité d'un assuré résulte d'une comparaison entre le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (capacité de gain hypothétique) avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui sur un marché du travail équilibré (capacité de gain résiduelle), après traitements et mesures de réadaptation le cas échéant (art. 16 LPGA). L'exigibilité est un aspect de l'incapacité de travail selon l'art. 6 LPGA (ATF 132 V 393 consid. 3.2). 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, exprimée en pourcent (ATF 114 V 310), permettant de calculer le taux d'invalidité (TF 9C\_195/2010 du 16 août 2010, consid. 6.2).

**b)** Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part dans un marché du travail équilibré, le revenu d'invalide doit être déterminé selon les données statistiques

telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ci-après: ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.3). Il convient alors de se référer à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

S'agissant du gain d'invalidé, 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 ESS. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel pouvaient prétendre, en 2008, les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), à savoir 4'806 fr. par mois, part au 13e salaire comprise (ESS 2008, tableau TA1, niveau de qualification 4), soit 57'672 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 des entreprises en 2008, soit 41,6 heures (La Vie économique 3-2010, tableau B 9.2, p. 94), ce qui représente 59'978 fr. 88 (57'672 : 40 x 41,6).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au 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 supérieur à 25 % (ATF 134 V 322 consid. 5.2).

En l'espèce, l'OAI a procédé à un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé, ce qui n'apparaît pas critiquable compte tenu des limitations fonctionnelles du recourant. Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à 53'981 francs.

**c)** En ce qui concerne le revenu sans invalidité, bien qu'il soit hypothétique, la jurisprudence considère qu'il n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. Ainsi, il convient en règle générale de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en prenant en considération l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_104/2010 du 27 juillet 2010, consid. 4.1).

Dans le cas particulier, le recourant a mentionné un salaire mensuel de 3'800 fr. dans sa demande de prestations AI. Selon l'attestation de l'employeur du 7 mars 2008, confirmée par les comptes individuels, le salaire de l'assuré soumis à cotisation AVS pour la période du 24 février au 21 décembre 2006 s'est élevé à 30'224 fr. 05, soit un revenu inférieur à celui indiqué par le recourant. Dans la mesure où le recourant n'avait pas travaillé avant 2006, et dès lors qu'il n'apparaissait pas possible de chiffrer de façon précise son revenu sans invalidité, l'OAI s'est référé à la Convention collective de travail 2008 dans la branche du nettoyage et retient un revenu hypothétique annuel de valide de 45'383 fr. 80, qui n'est pas critiquable.

Dès lors que le revenu que le recourant est susceptible de réaliser dans une activité adaptée est supérieur à celui qu'il réalisait sans invalidité, il ne subit aucune perte économique et n'a droit ni à une rente d'invalidité ni à des mesures d'ordre professionnel (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références; TF 8C\_36/2009 du 15 avril 2009, consid. 4 et les références citées).

**6.** Le recourant a subsidiairement conclu à être mis au bénéfice de mesures de réinsertion. Il ne remplit toutefois pas les conditions d'octroi de ces mesures (cf. art. 14a ss LAI). Il ne présente pas une invalidité suffisante. De plus, une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles n'est pas difficilement accessible, même s'il ne dispose pas d'une formation professionnelle particulière et malgré son niveau de français peu élevé. Il y a lieu de rappeler à cet égard que

l'assurance-invalidité n'a pas à répondre à des difficultés pour l'assuré pour trouver un emploi approprié liées à des facteurs étrangers à l'invalidité, tels que le manque de formation professionnelle ou des difficultés linguistiques (cf. supra, consid. 3d).

**7.** En définitive, le recours se révèle mal fondé et doit donc être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

Les frais de justice d'un montant de 250 fr. sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 9 octobre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Il n'est pas alloué de dépens.
- IV.** Les frais du présent arrêt, par 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont mis à la charge d'E.\_\_\_\_\_.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- M. E. \_\_\_\_\_,
- 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 :