

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 31 mai 2012

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Bonard, assesseurs  
Greffière : Mme Berberat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Bruno Kaufmann, avocat à Fribourg,

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)** S.\_\_\_\_\_, né en 1963, originaire de [...], réside en Suisse depuis 1989. Sans formation, il a oeuvré comme ouvrier agricole pendant une dizaine d'années, puis comme aide-charpentier et menuisier dans différentes entreprises. Dès le 17 novembre 2003, l'assuré a travaillé en qualité d'aide-charpentier auprès de l'entreprise G.\_\_\_\_\_ Sàrl à [...], placé par Y.\_\_\_\_\_ SA à [...]. A ce titre, il était assuré par la Caisse nationale suisse contre les accidents (CNA) contre les accidents professionnels et non professionnels.

Le 15 septembre 2004, alors qu'il travaillait sur un chantier, il a été victime d'un traumatisme par scie circulaire entraînant une blessure à la main gauche, soit une subamputation du médius gauche, ainsi qu'une fracture ouverte de la 1<sup>ère</sup> phalange de l'index gauche. Ces lésions ont été traitées en urgence par remplacement de l'articulation interphalangienne proximale (IPP) du médius gauche au moyen d'un implant de Swanson, d'une suture des tendons fléchisseur profond et extenseur de ce doigt, d'une micro-suture du nerf collatéral radial de ce doigt et suture de l'appareil extenseur de l'index. La CNA a pris en charge le cas et a donc garanti le versement des prestations légales d'assurance.

Dans un rapport médical du 17 mai 2005, la Dresse W.\_\_\_\_\_, chef de clinique à la Permanence de K.\_\_\_\_\_, a indiqué que l'évolution était peu satisfaisante, en particulier pour le médius, qui était raide et douloureux, raison pour laquelle une amputation de ce doigt au niveau du tiers distal de la première phalange avait été proposée au patient. Dans un rapport d'examen du 2 juin 2005, le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, procédant à l'examen de l'assuré, a relevé que la fonction du médius, lequel était douloureux et enraidit en extension, n'allait plus progresser, quoique l'on fasse, ce qui empêchait le patient de se servir de sa main. Au vu de ces éléments, le Dr L.\_\_\_\_\_ a également préconisé une amputation de doigt au tiers distal, tout en ajoutant que cette option thérapeutique aurait d'emblée dû être choisie compte tenu de

la gravité des lésions initiales. L'assuré a dès lors subi le 28 novembre 2005 une nouvelle intervention chirurgicale avec résection du névrome et enfouissement du moignon proximal du nerf collatéral radio-palmaire. Dans un rapport médical du 30 décembre 2005, la Dresse W. \_\_\_\_\_ a considéré que l'évolution était favorable, la cicatrisation sous-cutanée étant acquise avec une disparition des douleurs névromateuses pré-opératoires. Ce praticien a mentionné que l'assuré avait repris son emploi de façon très intermittente depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, date à laquelle la capacité de travail avait été fixée à 25 %, à savoir 50 % du temps et 50 % de rendement. Toutefois au vu de l'examen clinique, la Dresse W. \_\_\_\_\_ a estimé que son patient, droitier, aide-charpentier, devait pouvoir reprendre le travail progressivement de manière plus soutenue (rapport du 22 février 2006). Dans un rapport d'examen médical final du 24 mars 2006, le Dr L. \_\_\_\_\_ a préconisé un séjour à la Clinique C. \_\_\_\_\_, à [...] en vue d'une ergothérapie lourde, même si les chances de voir l'assuré reprendre le chemin du travail étaient extrêmement minces.

S. \_\_\_\_\_ a finalement séjourné du 19 avril au 17 mai 2006 à la Clinique C. \_\_\_\_\_ afin de procéder à une rééducation de la main gauche et de l'évaluation des capacités fonctionnelles résiduelles en vue d'une réintégration professionnelle. Dans un rapport de synthèse du 12 juin 2006, les Drs F. \_\_\_\_\_, chef de clinique, spécialiste en rhumatologie et O. \_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont retenu une allodynie du moignon de l'amputation de D3, une hyperesthésie du pouce et une récupération de la mobilité satisfaisante. La prise en charge en ergothérapie n'a toutefois pas permis d'améliorer la symptomatologie douloureuse. Une évaluation psychiatrique (consilium psychiatrique du 4 mai 2006) effectuée par le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie a conclu à un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F 43.2). Les médecins ne se sont pas prononcés quant à la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans une activité adaptée, se limitant à souligner qu'*à l'heure actuelle, une reprise de son activité habituelle est difficilement envisageable tant que les troubles sensitifs persistent. Si ces troubles sensitifs ne s'améliorent pas d'ici 3-4 mois, une demande de reclassement professionnel sera à faire mais un tel reclassement risque*

*d'être difficile chez un patient sans formation avec de faibles ressources adaptatives et qui présente un trouble de l'adaptation".* Sur la feuille-accident LAA, la Dresse O.\_\_\_\_\_ a ainsi conclu à une capacité de travail de 50 % dès le 3 juillet 2006.

A la date précitée, l'intéressé a repris à 50 % son emploi auprès de l'entreprise G.\_\_\_\_\_ Sàrl (entretien téléphonique avec l'assuré en date du 11 août 2006), lequel a toutefois été interrompu en date du 7 décembre 2006 en raison du froid. Dans un rapport du 21 février 2007, le Dr L.\_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit s'agissant de l'appréciation du cas :

"Actuellement, le patient se plaint de vives douleurs de l'index, "qui ne vaut pas mieux que s'il était coupé", ainsi que du moignon du médius. Les douleurs irradient dans le poignet de l'avant-bras: elles étaient nettement aggravées par l'activité professionnelle et se prolongeaient durant la nuit. Avec le froid, le patient n'a plus tenu le coup. L'arrêt de travail ne l'a que très partiellement soulagé et l'affecte moralement.

A l'examen clinique, on retrouve un patient faisant plus que son âge, paraissant usé, très fruste, présentant un aspect de santé moyen. Objectivement, le moignon d'amputation du médius au tiers distal de la première phalange est bien étoffé, sans excès. Il est harmonieux, diffusément sensible à la palpation. L'index a une bonne trophicité et il a récupéré une assez bonne mobilité mais le patient ne l'utilise pas. La force de serrage de la main gauche a un peu progressé mais le patient ne se sert que de son pouce et de ses deux doigts cubitiaux.

D'un point de vue thérapeutique, il n'y a rien à proposer.

Comme je l'ai déjà dit, il est assez évident que le patient ne peut plus travailler comme aide-charpentier. Du point de vue médico-théorique, il conserve une pleine capacité de travail dans une activité légère, de type industriel, privilégiant le contrôle et la surveillance au travail purement manuel.

Par ailleurs, une indemnisation pour atteinte à l'intégrité est due".

Le Dr L.\_\_\_\_\_ a ainsi estimé l'atteinte à l'intégrité subie du fait de l'accident survenu le 15 septembre 2004 à 7.5 % (rapport du 21 février 2002).

**b)** Dans l'intervalle, soit en date du 24 janvier 2007, S.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) tendant à l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente en raison d'une amputation du médius gauche, d'une lésion de l'index gauche et d'un névrome résiduel avec doigt fantôme.

Dans un rapport médical du 26 février 2007, le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin généraliste et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de son patient de sub-amputation du IPP médius gauche, de fracture ouverte de l'index gauche, de sarcoïdose et de syndrome dépressif réactionnel. Il a attesté une incapacité de travail à 100 % du 15 septembre 2004 au 2 juillet 2006, à 50 % du 3 juillet 2006 au 6 décembre 2006 et à 100 % dès le 7 décembre 2006. Il a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle. Dans une activité adaptée (activité légère, pas de port de charge lourde, éviter le froid), elle était entière sans diminution de rendement et ce, dès le 1<sup>er</sup> mars 2007.

Après avoir sollicité l'avis de la commission d'examen préliminaire de l'AI (CEP; avis du 29 mai 2007), l'OAI a, par communication du 1<sup>er</sup> octobre 2007, octroyé à l'assuré une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi, auxquels il a finalement mis fin au vu de la teneur de l'entretien du 17 octobre 2007 avec l'intéressé. En effet, ce dernier a indiqué qu'il avait subi une intervention de la main gauche et qu'il était en convalescence pour au moins trois mois. Par ailleurs, avant d'entamer de nouvelles recherches d'emploi, il souhaitait pouvoir reprendre une activité auprès de l'entreprise G.\_\_\_\_\_ Sàrl, qui était prête à le réengager même à temps partiel.

Dans un rapport médical du 4 décembre 2007, la Dresse W.\_\_\_\_\_ a confirmé que le patient avait été opéré le 9 octobre 2007 (décompression du nerf médian au poignet gauche et 2<sup>ème</sup> révision du nerf collatéral radio-palmaire du médius avec dorsalisation d'un névrome terminal). L'évolution post-opératoire était relativement satisfaisante, mais

le patient ressentait encore d'importantes douleurs fantômes au niveau de ce doigt amputé, raison pour laquelle le pronostic restait réservé. Un examen électromyographique (EMG) effectué par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, avait auparavant mis en évidence un syndrome du tunnel carpien gauche modéré (courrier du 17 août 2007). La Dresse W.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail à 100 % du 15 septembre 2004 au 4 septembre 2005, à 75 % du 5 septembre au 27 novembre 2005, à 100 % du 28 novembre au 31 décembre 2005, à 75 % du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 31 mai 2007 et à 100 % dès le 1<sup>er</sup> juin 2007. Elle a ajouté que la dernière intervention chirurgicale étant susceptible d'améliorer la capacité de travail, il était prématuré de se prononcer à ce propos, une nouvelle réévaluation devant intervenir en février-mars 2008. Elle a toutefois estimé qu'une activité non manuelle et excluant l'exposition au froid était exigible à temps et rendement complets. Dans un rapport du 3 mars 2008 faisant suite à un examen clinique du 14 janvier 2008, la Dresse W.\_\_\_\_\_ a exposé que la dernière intervention chirurgicale avait apporté une amélioration au niveau des douleurs. Par ailleurs, le traitement d'ergothérapie, ainsi que le traitement par Lyrica® dont bénéficiait le patient semblaient encore améliorer les douleurs résiduelles.

Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assuré à son Service médical régional (SMR). Par avis médical du 22 juillet 2008, la Dresse B.\_\_\_\_\_ du SMR a notamment exposé ce qui suit :

"Un projet de décision octroyant une aide au placement avec un refus de rente a été envoyé à l'assuré. Ce projet de décision se basait sur l'avis du CEP du 29.05.2008 [recte : 2007] qui retenait un status après amputation de l'IPP du médius G avec allodynie du moignon d'amputation. La longue maladie a été fixée au 15.09.2004 avec une aptitude à la réadaptation dès juillet 2006. Il était retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle mais une pleine capacité de travail dans l'activité adaptée. Le préjudice économique n'ouvrait pas le droit à des mesures professionnelles ni à des prestations financières.

(...)

Le rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ confirme donc les conclusions de l'avis du CEP du 29.05.2007 qui sont toujours valables. La dernière opération a eu lieu le 1.06.2007 et a certainement entraîné une incapacité de travail totale de courte durée qui

ne remet pas en question les conclusions de l'avis du CEP du 29.05.2007".

Par communication du 4 mai 2009, l'OAI a octroyé à l'assuré une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi, auxquels il a finalement mis fin au vu de la teneur de l'entretien du 17 octobre 2007 avec l'intéressé.

Par décision du 7 mai 2009, confirmant un projet de décision du 26 novembre 2008, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière limitée dans le temps, soit du 1<sup>er</sup> janvier 2006 (soit une année avant le dépôt de la demande) au 31 octobre 2006 (soit après trois mois après l'amélioration de l'état de santé au 4 juillet 2006). Ainsi, dès le 4 juillet 2006, bien que l'assuré présentât une incapacité de travail à 50 % dans une activité de manœuvre, son état de santé lui permettait d'exercer à 100 % une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir des activités non-manuelles ou manuelles légères ne sollicitant pas la main gauche et sans exposition au froid. Selon cette décision, l'intervention chirurgicale effectuée le 1<sup>er</sup> juin 2007 n'avait pas justifié d'incapacité de travail de plus de 90 jours dans une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles. Il convenait dès lors de déterminer la perte économique dès le 1<sup>er</sup> novembre 2006. L'OAI a ainsi procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré, ce dernier n'ayant pas repris d'activité adaptée à cette date. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'588 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (secteur privé; production et services) en 2004, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2004 (41.6 heures), de l'évolution des salaires nominaux de 2004 à 2006 (+2.2 %) et d'un taux d'abattement de 10 %, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 52'6721 fr. 31. Un tel revenu, comparé à un revenu hypothétique sans invalidité de 58'813 fr. communiqué par Y. \_\_\_\_\_ SA, mettait en évidence un taux d'invalidité de 10 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

**c)** Dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-accidents, le Dr L. \_\_\_\_\_ a, dans un rapport du 16 décembre 2008, noté que ses constatations étaient largement identiques à celles faites environ deux ans auparavant. Le patient était content d'avoir pu reprendre son activité professionnelle antérieure, tout d'abord à titre thérapeutique dès le 13 juin 2008, puis à 50 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 2008 dans le cadre de l'horaire normal de l'entreprise. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a toutefois estimé que même si le patient travaillait certainement dans toute la mesure de ses possibilités, son activité n'était pas adaptée.

Le 3 février 2009, la CNA a informé l'intéressé qu'elle mettait fin au versement de l'indemnité journalière avec effet au 28 février 2009, tout en continuant à prendre en charge les contrôles médicaux et médicaments encore nécessaires.

Par décision du 30 avril 2009, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 12 % dès le 1<sup>er</sup> mars 2009, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7.5 % ascendant à 8'010 fr. La CNA a ainsi considéré qu'au vu des séquelles de l'accident, l'assuré pouvait exercer une activité légère, de type industriel, dans différents secteurs de l'industrie. Une telle activité était exigible durant toute la journée et lui permettrait de réaliser un salaire annuel d'environ 49'800 francs. Comparé au gain de 56'900 fr. réalisable sans l'accident, il résultait une perte de l'ordre de 12 %.

**B. a)** Par acte de son mandataire du 10 juin 2009, S. \_\_\_\_\_ interjette recours contre la décision du 7 mai 2009 de l'OAI et conclut, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité au-delà du 31 octobre 2006 et au renvoi de la cause à l'intimé afin qu'il instruisse à nouveau. Il fait valoir qu'aucune instruction médicale n'a eu lieu depuis le rapport du 3 mars 2008 de la Dresse W. \_\_\_\_\_, qu'il existe des contradictions entre ledit rapport et les avis du Dr L. \_\_\_\_\_, si bien qu'une expertise médicale approfondie sur le plan psychiatrique, physique et sophrologique est nécessaire. Il reproche à l'intimé de n'avoir pas

ordonné de stage d'évaluation professionnelle. Sur le plan de la comparaison des revenus, il estime que la déduction salariale doit être fixée à 20 % au moins, et que le salaire de 24 fr. 05 par heure, en 2008 et 2009, déterminant le revenu sans atteinte à la santé est trop bas eu égard à son expérience. Il conteste également le revenu d'invalidé, estimant qu'il était irréaliste par rapport à la limitation fonctionnelle de sa main gauche.

**b)** Dans sa réponse du 17 septembre 2009, l'intimé a indiqué qu'il avait sollicité l'avis médical du SMR, dans la mesure où certains documents de la CNA n'étaient pas encore en sa possession. Ainsi, par avis médical du 10 septembre 2009, le Dr T. \_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint du SMR a exposé ce qui suit :

"(...)

Sur la base du dossier de la SUVA, en particulier des rapports des examens par le médecin d'arrondissement, ainsi que des rapports médicaux du Dr W. \_\_\_\_\_ de la Clinique K. \_\_\_\_\_, il a été admis que l'assuré présentait une IT totale dans son activité exercée au moment de l'atteinte à la santé, à savoir d'aide-charpentier, mais qu'une pleine CT était exigible dans une activité ne sollicitant pas la main gauche (voir avis CEP du 29.05.2007).

Malgré cela, l'assuré qui apparaît volontaire et grâce à un employeur compréhensif, a souhaité poursuivre son activité d'aide-charpentier.

Le 09.10.2007, l'assuré subit une 2<sup>ème</sup> révision du nerf collatéral radio-palmaire du médus gauche et une décompression du nerf médian au poignet gauche. Il a repris son activité habituelle le 13.06.2008 à titre thérapeutique selon les documents SUVA au dossier. Concernant la date de cette intervention, une erreur a certainement dû se glisser dans l'avis médical SMR du 22.07.2008. En effet, une copie du protocole opératoire de cette intervention figure au dossier et mentionne bien la date du 09.10.2007 (voir annexes au RM du 04.12.2007).

Dans un rapport médical du 03.03.2008, le Dr W. \_\_\_\_\_ sur la base de son examen clinique du 14.01.2008, estime que "toute activité manuelle ou manuelle légère n'impliquant la main gauche que de façon mineure" peut être exigible. "Cette activité pourrait être effectuée à un taux d'occupation et de rendement de 100 %".

Au vu de cela, l'intervention du 09.10.2007 a entraîné une IT totale et transitoire dans toute activité du 09.10.2007 à janvier 2008, puis nulle depuis lors dans une activité

adaptée. Dans son activité habituelle (aide-charpentier), l'IT est nulle et ceci de manière stationnaire depuis septembre 2004 (voir avis CEP et dossier SUVA), comme le confirme l'examen médical final du Dr L. \_\_\_\_\_ de la SUVA réalisé le 16.12.2008. (...)"

Au vu de ces éléments, l'intimé a estimé que les renseignements en sa possession étaient complets tant sur le plan médical qu'économique. Il a toutefois proposé de reconnaître en plus des prestations déjà admises, le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> octobre 2007, selon l'art. 29bis RAI (reprise d'invalidité), au 30 avril 2008 (art. 88a al. 1 RAI), en relation avec l'incapacité de travail liée à l'intervention chirurgicale du 9 octobre 2007.

**c)** Dans sa réplique du 22 avril 2010, le recourant a sollicité la mise en œuvre d'une audience publique et l'audition du Dr P. \_\_\_\_\_ en qualité de témoin. Il a également produit un rapport du 28 octobre 2009 de l'hôpital cantonal de [...] relatif à un épisode de colique néphrétique gauche, un rapport du 7 janvier 2010 relative à une IRM de la colonne lombaire, ainsi qu'un courrier du 26 février 2010 du Dr P. \_\_\_\_\_ adressé au Dr J. \_\_\_\_\_ relatif à des douleurs neurogènes rebelles dans le territoire du nerf médian gauche.

**d)** Dans sa duplique du 17 mai 2010, l'intimé a constaté que les documents produits par le recourant concernaient des événements survenus bien après la date de la décision querellée, si bien qu'ils ne contenaient aucun renseignement de nature à remettre en cause sa position.

**e)** Le nouveau juge instructeur (à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012) a renoncé à demander un avis médical au Dr P. \_\_\_\_\_, mesure qui avait été auparavant envisagée par le juge instructeur précédent.

**f)** Lors de l'audience de jugement qui s'est tenue le 31 mai 2012, le mandataire du recourant a confirmé les conclusions qu'il avait prises dans le cadre du recours. Le recourant a lui-même donné quelques explications sur sa situation actuelle indiquant notamment qu'il travaillait

toujours épisodiquement, dans la mesure de son état de santé, pour l'entreprise G. \_\_\_\_\_ Sàrl.

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

**1.** Interjeté le 10 juin 2009, 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 respecte en outre les autres exigences légales de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), si bien qu'il y a lieu d'entrer en matière.

**2.** En l'espèce, est litigieuse la question de l'évaluation du taux d'invalidité à laquelle a procédé l'intimé au-delà du 31 octobre 2006. Il s'agit dès lors d'examiner si celle-ci est conforme aux règles légales applicables, ainsi qu'aux principes dégagés par la jurisprudence en la matière.

**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). 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. Selon 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, à trois-quarts de rente

s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

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 125 V 351 consid. 3a et les

références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

**c)** Cela étant, 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 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Le rapport du médecin d'une assurance - par exemple d'un médecin de la CRR - peut avoir matériellement la valeur d'un rapport d'expert (ATF 135 V 465).

**3.** En l'espèce, sur le plan médico-théorique, l'ensemble des praticiens a exclu la reprise de l'activité habituelle d'aide-charpentier et a reconnu que le recourant présentait des douleurs au niveau du membre supérieur gauche. La principale divergence concerne dès lors l'évaluation de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée compte tenu des limitations fonctionnelles au-delà du 31 octobre 2006.

**a)** Sur le plan somatique, se fondant sur les conclusions du Dr L.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, l'intimé a considéré qu'en dépit des séquelles physiques de l'accident, le recourant conservait une pleine capacité de travail dans une activité légère, de type industriel, privilégiant le contrôle et la surveillance au travail purement manuel (rapport du 21 février 2007). Le Dr J.\_\_\_\_\_ a corroboré l'appréciation du médecin-conseil de la CNA, retenant que son patient présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée (activité légère, pas de port de charge lourde, éviter le froid), sans diminution de rendement et ce, dès le 1<sup>er</sup> mars 2007 (rapport du 21 février 2007). L'intimé s'est toutefois référé aux limitations fonctionnelles plus restrictives mis en

évidence par la CEP (avis du 29 mai 2007) et confirmées par la Dresse B. \_\_\_\_\_ du SMR (avis médical du 22 juillet 2008) et par la Dresse W. \_\_\_\_\_ (rapport médical du 4 décembre 2007), à savoir des activités non-manuelles ou manuelles légères ne sollicitant pas la main gauche et sans exposition au froid. Ils n'ont pas préconisé d'activité à temps partiel, la Dresse W. \_\_\_\_\_ précisant que l'activité adaptée pouvait être réalisée sans limitation de temps ou de rendement. Dans un rapport du 16 décembre 2008 faisant suite à un nouvel examen clinique du recourant, le Dr L. \_\_\_\_\_ a constaté que ses conclusions étaient largement identiques à celles faites environ deux ans auparavant, ajoutant que même si le recourant travaillait certainement dans toute la mesure de ses possibilités, son activité n'était toutefois pas adaptée. Le Dr P. \_\_\_\_\_ ne s'est, quant à lui, prononcé ni sur la capacité de travail du recourant, ni sur les activités encore exigibles dans ses rapports successifs (rapports des 17 août 2007 et 26 février 2010), se limitant à examiner, à la demande des médecins traitants, les possibilités de traitement, notamment sous l'angle d'une neurolyse chirurgicale du médian au tunnel carpien.

Sur le plan psychologique, le Dr M. \_\_\_\_\_ de la Clinique C. \_\_\_\_\_ a certes mis en évidence un trouble de l'adaptation, sous la forme d'un abaissement de l'humeur modéré et d'une anxiété essentiellement centrée sur la situation existentielle difficile (consilium psychiatrique du 4 mai 2006), mais n'a ni préconisé de traitement psychotrope, ni attesté une incapacité de travail. Enfin, si le Dr J. \_\_\_\_\_ a signalé un syndrome dépressif réactionnel, il a toutefois confirmé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (rapport médical du 26 février 2007).

**b)** Au vu de ces éléments, il convient de retenir que dans le cadre de son recours, S. \_\_\_\_\_ n'a pas démontré qu'il existerait au dossier une appréciation médicale objective mieux fondée que les éléments retenus par l'intimé qui justifierait la mise en œuvre d'une mesure d'instruction complémentaire. L'ensemble des praticiens consultés n'a ainsi jamais exclu la reprise de toute activité adaptée. Les éléments médicaux à disposition ne s'avérant pas lacunaires, il n'y a pas de raison de compléter

l'instruction notamment sur la question de la capacité de travail dans une activité adaptée, de sorte que la demande d'expertise doit être rejetée, de même que l'audition du médecin traitant. Enfin, il sied de constater qu'aucun praticien n'a attesté une incapacité de travail dans une activité adaptée, suite aux pathologies mises en évidence postérieurement à la décision attaquée, soit un épisode de colique néphrétique gauche (rapport du 28 octobre 2009), des lombosciatalgies gauches (rapport d'examen du 7 janvier 2010 suite à une IRM de la colonne lombaire), ainsi que des douleurs neurogènes rebelles dans le territoire du nerf médian gauche (courrier du 26 février 2010 du Dr P. \_\_\_\_\_ adressé au Dr J. \_\_\_\_\_). Quoiqu'il en soit de tels éléments ne pourraient être examinés que dans le cadre d'une procédure de révision faisant suite au dépôt d'une nouvelle demande de prestations AI.

**c)** L'intimé a finalement retenu que le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le mois de juillet 2006, date retenue à juste titre par la CEP (avis du 29 mai 2007) et qui coïncide avec la reprise de son activité auprès de G. \_\_\_\_\_ Sàrl, laquelle n'était pas adaptée au vu des limitations fonctionnelles du recourant (notamment rapport du 16 décembre 2008 du Dr L. \_\_\_\_\_). En reprenant l'activité exercée auprès G. \_\_\_\_\_ Sàrl le 3 juillet 2006, soit après la survenance de l'atteinte à la santé, l'assuré n'a en effet pas exploité pleinement sa capacité de travail résiduelle dans la mesure que l'on pouvait attendre de lui. La Cour de céans ne saurait en effet fonder son jugement sur le travail que le recourant s'estime capable de fournir, mais bien sur celui qui est objectivement compatible avec son état de santé, tel qu'il ressort des rapports médicaux ayant valeur probante. Enfin, conformément à l'obligation de diminuer le dommage, le recourant était tenu d'atténuer par tous les moyens les effets de son invalidité en tirant parti de son entière capacité résiduelle de travail (ATF 123 V 96 consid. 4c; 113 V 28 consid. 4a; TFA I 606/02 du 30 janvier 2003, consid. 2 et les références citées).

S'agissant du début de l'octroi de la rente, la décision du 7 mai 2009 échappe à la critique en tant qu'elle retient que le recourant a droit à

une rente entière dès le 24 janvier 2006 jusqu'au 31 octobre 2006, soit 3 mois après l'amélioration constatée en juillet 2006. En effet, si le droit à la rente a pris naissance le 1<sup>er</sup> septembre 2005 selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI (dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), la demande de prestations présentée le 24 janvier 2007 - soit plus de douze mois après - est tardive au sens de l'art. 48 al. 2, première phrase, LAI. La rente ne peut dès lors être allouée que pour les douze mois précédents son dépôt, soit le 24 janvier 2006.

**4.** Pour la période ultérieure au 31 octobre 2006, l'intimé a procédé dans la décision attaquée à la comparaison des revenus avec et sans invalidité pour fixer le taux d'invalidité du recourant à 10 %. Ce dernier remet en cause le revenu sans invalidité fixé par l'intimé. Selon lui, le salaire de 24 fr. 05 par heure en 2008 et 2009 est trop bas eu égard à son expérience.

**a)** Dans sa réponse du 17 septembre 2009, l'intimé a constaté que dès le 9 octobre 2007, l'état de santé du recourant avait évolué dans le sens d'une aggravation passagère en raison d'une intervention chirurgicale (décompression du nerf médian au poignet gauche et 2<sup>ème</sup> révision du nerf collatéral radio-palmaire du médus avec dorsalisation d'un névrome terminal). En conséquence, la rente entière, reconnue à juste titre par l'intimé au stade de la procédure de recours dès le 1<sup>er</sup> octobre 2007, selon l'art. 29bis RAI (reprise d'invalidité), doit être octroyée jusqu'au 30 avril 2008 (art. 88a al. 1 RAI), soit 3 mois après l'amélioration constatée par la Dresse W. \_\_\_\_\_ dans le cadre de son examen clinique du 14 janvier 2008 (rapport du 3 mars 2008) et confirmée par le SMR (avis médical du 10 septembre 2009). Ce point n'est pas contesté par le recourant. Il se justifie dans cette mesure de se référer à la réponse précitée de l'intimé.

**b)** Reste à examiner la période ultérieure au 31 octobre 2006, soit celle qui n'est pas couverte par le considérant 4a supra.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, consid. 2a et 2b).

En règle générale, 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 (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence).

Pour l'évaluation des revenus avec et sans invalidité, il y a lieu de tenir compte des circonstances de fait qui prévalaient au moment de la naissance éventuelle du droit à une rente, ainsi que des modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision et ayant des conséquences sur le droit à la rente (ATF 129 V 223 consid. 4.1; 128 V 174).

**c)** En l'espèce, la comparaison des revenus doit être effectuée compte tenu des circonstances de fait telles qu'elles se présentaient en 2006. Dans ce contexte, le grief du recourant relatif au montant du revenu sans invalidité retenu par l'intimé doit être écarté, dans la mesure où l'Office AI s'est précisément basé sur le revenu présumable en 2006, soit un salaire horaire hypothétique pour 2006 de 24 fr.05 (formulaire rempli le 8 mars 2007 par Y. \_\_\_\_\_ SA et adressé à la CNA).

Il n'y a pas lieu en outre de revenir plus en détail sur le calcul du revenu avec invalidité effectué par l'intimé, dans la mesure où le recourant se limite à contester le taux d'abattement de 10 % finalement retenu. Lorsque le revenu d'invalide est fixé sur la base de données

statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (cf. ATF 126 V 175; Ueli Kieser, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht (ASTG), in: SBVR, Soziale Sicherheit, 2ème édition, Bâle 2007, ch. 25, p. 248). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (ATF 126 V 75, consid. 5b/aa). A cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles dans lesquelles se trouvent la personne invalide, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de services, la nationalité, ou la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'activité (ATF 126 V 75, consid. 5a/cc). La mesure dans laquelle les salaires ressortissant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge; il ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances d'espèce (ATF 137 V 71, consid. 5.2; ATF 126 V 75, consid. 5b/bb). Le pouvoir d'examen du juge cantonal des assurances sociales s'étend à l'opportunité de la décision administrative et n'est pas limité à la violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (ATF 137 V 71, consid. 5.2). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a adoptée, dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71, consid. 5.2). Enfin, il y a lieu de rappeler que de jurisprudence constante, la déduction globale maximale est limitée à 25 % (cf. notamment : TF 9C\_692/2010 du 31 janvier 2011, consid. 3.5).

En l'espèce, l'intimé a réduit le revenu d'invalidé de l'assuré de 10 %, réduction qui est adaptée au cas d'espèce, dans la mesure où les limitations fonctionnelles ne concernent pas la main dominante. En tout état de cause, même si l'on admettait un abattement de 15 %, voire de 20 %, cela n'aurait pas d'incidence sur le droit à une rente.

**c)** Au regard de la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée, l'intimé a considéré à juste titre qu'il présentait un taux d'invalidité de 10 %, qui correspond pratiquement au taux d'invalidité calculé par la CNA, soit 12 % dans le cadre de sa décision du 30 avril 2009. Le taux d'invalidité, nettement inférieur à 20 %, ne justifie par conséquent pas l'octroi de mesures de reclassement dans une nouvelle profession. Dans ce contexte, on précisera néanmoins que compte tenu des limitations fonctionnelles décrites par les médecins, le nouveau poste de travail n'impliquerait pas nécessairement d'adaptations particulières. Vu le large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier - (TF I 383/06 du 5 avril 2007 consid. 4.4), un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont adaptées aux problèmes physiques du recourant. Il suffit à cet égard de se référer à des activités de surveillance. A cet effet, une aide au placement a été accordée afin que l'assuré puisse obtenir un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié.

Sur ce point, soit s'agissant du droit à la rente, la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat; elle ne viole pas le droit fédéral et elle doit être confirmée.

**5.** Au vu de ce qui précède, il s'ensuit que la décision attaquée doit être réformée, en ce sens que le recourant doit être mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2007 au 30 avril 2008. Il se justifie par conséquent d'admettre partiellement le recours et de renvoyer

la cause à l'Office AI afin qu'il procède au calcul de la rente limitée dans le temps à servir au recourant au sens du considérant 4a supra.

Pour le surplus, la décision attaquée doit être confirmée et le recours rejeté s'agissant des autres points litigieux.

**8.** Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens qu'il convient de fixer à 1'000 fr. (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD). Vu les circonstances, il n'est pas perçu de frais de justice.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision rendue le 7 mai 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2007 au 30 avril 2008, la décision précitée étant confirmée pour le surplus.
- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant la somme de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.
- IV.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Kaufmann (pour le recourant), à Fribourg,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :