

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 juillet 2015

---

Composition : Mme THALMANN, présidente  
Mmes Dessaux et Berberat, juges  
Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**I.A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Razi Abderrahim, avocat à Genève,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8, 16 et 17 al. 1 LPGA ; art. 4 et 28 LAI ; art. 88a RAI.**

**E n f a i t :**

**A.** I.A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le [...] 1975, a travaillé depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2000 à W. \_\_\_\_\_ en qualité de manutentionnaire.

Par déclaration d'accident du 27 novembre 2003, l'employeur a annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la SUVA) que, le 26 novembre 2003, l'assuré s'était blessé sur son lieu de travail, à la halle de tri. L'accident était décrit comme il suit :

"M. I.A. \_\_\_\_\_ était aux glissières quand il a vu arriver un gros colis. Il a alors voulu enlever un petit colis qui se trouvait en bas de la glissière afin qu'il [ne] soit pas abîm[é]. Mais il n'a pas pu le faire assez rapidement et le gros colis est tombé sur son poignet."

Dans un rapport du 4 décembre 2003, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main et chirurgie orthopédique, a indiqué ce qui suit :

"Il s'agit d'une violente contusion du carpe qui a sans doute produit des déchirures partielles de la capsule extrinsèque et des ligaments intrinsèques du carpe, sans vraie dissociation.  
En ce qui concerne le carpe, je recommande un début de mobilisation et de physiothérapie antalgique, ainsi que pour maintenir la fonction tendineuse.  
Pour le nerf médian, il faudra attendre environ 20 jours et par la suite, en cas de persistance, demander un examen électrophysiologique.

Incapacité de travail à 100 %."

Dans un rapport du 20 janvier 2004, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a indiqué notamment ce qui suit :

**"RESUME DU CAS ET APPRECIATION :**

Il s'agit donc d'un patient se plaignant de douleurs ainsi que de troubles sensitifs distaux du membre supérieur gauche suite à un accident au cours duquel il a reçu un colis de 25 kg d'une hauteur de 4 à 5 mètres sur l'avant-bras et le poignet.

En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué met en évidence des signes d'irritation sur le nerf médian gauche au niveau du canal carpien et des troubles sensitivo-moteurs distaux du membre supérieur gauche non systématisables en terme de nerf ou de racine nerveuse.

Comme mentionné ci-dessus, l'EMG confirme l'existence d'une atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien, d'un degré modéré à moyennement important, un peu plus prononcée à droite, sans menace fonctionnelle. Cet examen ne met pas en évidence d'atteinte significative du nerf cubital gauche au poignet. Il est à relever que l'étude myélographique du court adducteur du pouce et du premier interosseux dorsal gauche est caractérisée par l'absence de signes de dénervation spontanés et des tracés aux mouvements à basse fréquence mais normalement riches typiques de phénomènes de lâchages.

J'ai rapidement revu les radiographies effectuées jusqu'ici qui ne semblent pas révéler de lésion osseuse.

En conclusion, il se peut qu'une partie au moins de la symptomatologie présentée par M. I.A. \_\_\_\_\_ soit effectivement en relation avec une contusion du nerf médian gauche du poignet. Il faut néanmoins relever que l'atteinte du nerf médian au niveau du canal carpien est bilatérale et qu'il existe indubitablement des éléments atypiques au status laissant un doute important quant à l'origine exacte des plaintes."

A teneur d'un compte-rendu du 16 février 2003 [recte : 2004], le Dr K. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de syndrome de canal carpien, post-contusionnel et irritatif au poignet gauche, ainsi que de légère sollicitation du nerf médian à droite asymptomatique. Il a en outre notamment mentionné ce qui suit :

**"Appréciation** : il s'agit sans doute d'une contusion du canal carpien qui est probablement relativement étroit par constitution (trouble électrophysiologique bilatéraux, côté non traumatisé asymptomatique). Cependant, il n'y a que 10 semaines qui se sont écoulées depuis l'accident et les symptômes semblent lentement régressifs.

Pour cette raison, je n'ai pas proposé au patient une décompression de son nerf médian immédiatement mais il lui est infiltré le canal carpien à gauche par une ampoule de Diprophos et lui ai recommandé de porter l'attelle pendant encore quelques jours.

Je pense ce que l'on peut penser à une reprise du travail pour le 19 février 2004, ce qui donnera deux jours de travail avant un week-end de repos pour commencer après régulièrement.

Je me tiens volontiers à disposition pour revoir le patient. Si les paresthésies persistaient au-delà du mois de mars, il faudra alors songer à une décompression chirurgicale."

Dans un rapport du 23 août 2004, ce praticien a posé les diagnostics de kyste radio-palmaire téno- ou arthro-synovial du poignet gauche post-traumatique et de syndrome de canal carpien gauche, symptomatique, partiellement post-traumatique. Concernant le kyste, il a indiqué en particulier qu'il s'agissait clairement d'un état post-traumatique de la contusion du poignet. Il a par ailleurs proposé ce qui suit :

**"Propositions thérapeutiques :** Le kyste post-traumatique est symptomatique et mérite une excision chirurgicale. En même temps, malgré que l'origine de la neuropathie du nerf médian ne sera probablement pas uniquement post-traumatique, une décompression de ce nerf est indiquée, avec révision en même temps de la branche palmaire, à côté du kyste articulaire.

Cette opération a été planifiée pour le **mercredi 22 septembre 2004** en ambulatoire à la clinique de LLL.\_\_\_\_\_ et engendrera une incapacité de travail d'environ 5 semaines."

Par lettre du 1<sup>er</sup> septembre 2004, la CNA a informé le Dr K.\_\_\_\_\_ que son médecin-conseil approuvait sa proposition et le priait de faire directement le nécessaire puis de lui faire parvenir le rapport opératoire une fois l'intervention effectuée.

Le Dr K.\_\_\_\_\_ a pratiqué le 22 septembre 2004 l'intervention susdite, consistant en une révision, une excision du kyste arthro-synovial, un débridement radio-scaphoïdien local et une décompression du nerf médian au canal carpien à gauche.

Le 30 septembre 2004, l'employeur a rempli une déclaration d'accident mentionnant une rechute le 22 septembre 2004.

Par lettre du 6 octobre 2004, la CNA a informé l'employeur que la nouvelle interruption de travail était intervenue alors que le traitement initial n'était pas encore terminé et qu'il y avait dès lors lieu de « *la considérer non pas comme une rechute mais comme suite de l'accident du 26 novembre 2003* ». Il était également précisé que le versement des indemnités journalières serait repris à partir du 22 septembre 2004, pour une incapacité de 100%.

Aux termes d'un constat du 25 novembre 2004, le Dr K.\_\_\_\_\_ a exposé qu'à cause d'une symptomatologie de syndrome de canal carpien post-traumatique à gauche, le nerf avait été révisé par technique ouverte le 22 septembre 2004, révision qui avait montré un canal assez étroit mais sans autre obstacle particulier, à part une certaine hyperplasie synoviale modérée. Il a relevé que l'évolution après cette intervention n'était pas du tout favorable et que le patient continuait à se plaindre de douleurs persistantes au niveau de la paume, malgré le traitement anti-inflammatoire et physiothérapeutique. Il a en outre indiqué que la sensibilité périphérique était difficile à apprécier, les réponses étant imprécises, mais que l'on constatait toutefois un phénomène de Hofmann-Tinel sur le nerf médian, ce qui laissait suspecter une neuropathie cicatricielle post-traumatique - post-opératoire.

Dans un rapport du 29 novembre 2004 consécutif à un électromyogramme (EMG), le Dr H.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de « *persistance d'une atteinte modérée bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien toujours un petit peu plus marqué à droite sans changement significatif par rapport à l'examen du 19.01.04* ». Il a conclu son rapport comme il suit :

"Le présent bilan électrophysiologique permet de retrouver une atteinte modérée bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien, prédominant toujours discrètement à droite, sans menace fonctionnelle caractérisée par un discret allongement de la latence distale sensitive et un ralentissement modéré de la vitesse de conduction sensitive paume/poignet. Lorsque l'on compare le présent bilan à celui de janvier 04, il n'y a aucune modification significative tant à gauche qu'à droite.

Cliniquement, j'ai retrouvé des signes d'irritation sur le nerf médian gauche au niveau du canal carpien ainsi que des troubles sensitivo-moteurs plus ou moins globaux du membre supérieur gauche dépassant clairement une éventuelle atteinte du nerf médian au niveau du canal carpien. A relever également des insertions tendineuses toutes sensibles au niveau de l'épaule et du membre supérieur gauche évoquant une tendomyogélose.

A nouveau, la signification clinique des discrètes anomalies retrouvées sur le nerf médian gauche au niveau du canal carpien reste difficile à déterminer. Il peut s'agir 1) de discrètes anomalies tout à fait asymptomatiques et sans relation avec les plaintes depuis

le début 2) d'une discrète atteinte résiduelle comme on l'observe même après une opération « réussie » sur le plan symptomatique 3) à mon sens assez peu probablement la traduction d'une neuropathie cicatricielle post-traumatique/post-opératoire."

Par rapport du 13 décembre 2004, le Dr K. \_\_\_\_\_ a signalé la persistance d'une hyperpathie du nerf médian au niveau de la cicatrice opératoire, sans répercussion électrophysiologique majeure. Il a considéré pour cette raison que, chez ce patient anxieux, l'indication d'une révision chirurgicale semblait passablement aléatoire. Enfin, en cas d'absence de toute amélioration, il a préconisé une révision du canal carpien avec protection du nerf par recouvrement d'un lambeau graisseux hypothénarien.

Dans un rapport du 20 décembre 2004, le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a exposé notamment ce qui suit :

"A l'examen de ce jour, nous constatons quelques manifestations de non organicité (Waddell 3/5). Nous sommes également frappés par la modestie de l'amyotrophie de l'avant-bras contrastant avec ce que l'on pourrait attendre d'un assuré qui déclare avoir perdu la force de la main et du coude gauche depuis plus d'une année.

Dans cette optique et compte tenu également des conclusions assez claires de l'examen électromyographique post-opératoire, nous partageons les réticences d[u] Dr K. \_\_\_\_\_ concernant un nouveau geste chirurgical peu susceptible de modifier une symptomatologie vraisemblablement influencée par des facteurs non organiques.

Devant cette évolution atypique et peu favorable, un séjour d'observation stationnaire à la Clinique L. \_\_\_\_\_, comportant un bilan multidisciplinaire avec volet psychiatrique ne nous paraît pas hors de propos à ce stade. On profitera d'approfondir les investigations sur l'axe cervical. Une ergothérapie visant à éviter l'évolution vers des comportements d'autolimitations pourra être tentée. Nous laissons également ouverte, en fonction des constatations qui seront faites à [...], l'option d'inclure cet assuré dans un programme de gestion de la douleur."

L'assuré a séjourné du 25 janvier au 8 mars 2005 à la Clinique [...] (ci-après : la Clinique L. \_\_\_\_\_), à [...]. Il résulte notamment ce qui suit du rapport établi le 18 mars 2005 par les Drs R. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_, respectivement chef de service et médecin assistant au Service de réadaptation neurologique de la Clinique L. \_\_\_\_\_ :

**"DIAGNOSTICS PRIMAIRES :**

- ***réadaptation neurologique (Z 50.9)***

**DIAGNOSTICS SECONDAIRES :**

- ***contusion radio-carpienne gauche***
- ***cure de tunnel carpien gauche et ablation d'un kyste arthrosynovial le 22.09.04***
- ***algodystrophie du poignet et de la main gauche de stade I-II***

[...]

**LISTE DES PROBLEMES ET DISCUSSION :**

Cet employé [...] a donc développé des douleurs avec une impotence fonctionnelle de la main gauche après avoir reçu un colis d'environ 30 kg sur le poignet gauche le 26.11.03. Devant la persistance des plaintes, un premier EMG a été effectué, qui a mis en évidence une neuropathie du nerf médian au tunnel carpien, bilatérale, plus marquée du côté droit. C'est à la suite d'une infiltration du tunnel carpien le 13.02.03, que le patient aurait développé un kyste arthro-synovial qui sera opéré, associé à une neurolyse du nerf médian, le 22.09.04. Depuis lors les douleurs semblent à nouveau s'être considérablement aggravées avec une impossibilité à mouvoir la main et le poignet G. Un nouvel EMG est pratiqué le 19.01.04, qui confirme la persistance d'une atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien, de degré modéré, sans autre neuropathie associée.

Le patient nous est adressé pour évaluation et traitement de ses douleurs.

À son admission le status local était calme, sans tuméfaction, ni oedème de la main, ni signe d'atrophie. Nous ne relevions pas de net déficit moteur, tout en soulignant que l'examen musculaire était difficile en raison de lâchages douloureux à la moindre mobilisation, associé à une importante limitation des amplitudes articulaires liées à la douleur. De plus, le patient était extrêmement anxieux avec le sentiment que le médecin ne croyait pas à ses douleurs.

Dans un premier temps, nous avons pratiqué un nouvel examen électromyographique qui a révélé un discret ralentissement bilatéral de la vitesse de conduction sensitive du médian au tunnel carpien, des deux côtés, plus marquée du côté droit, mais avec des latences motrices dans les limites de la norme, sans évidence de signe de dénervation. Nous pouvions donc confirmer qu'il n'y avait pas de corrélation entre les plaintes du patient et des altérations électrophysiologiques mineures sur le trajet du nerf médian.

Le 08.02.05, il était présenté à la consultation multidisciplinaire de la main devant l'absence de toute réponse au traitement introduit et effectué, d'autant plus que la radiographie du poignet G était dans les limites de la norme.

Nous avons donc pratiqué une scintigraphie osseuse triphasique, examen qui a clairement démontré une algodystrophie au stade I-II de la main G.

L'annonce de ce diagnostic a été bénéfique pour le patient qui s'est senti reconnu dans ses plaintes. Nous avons donc introduit un traitement d'Aredia 2 x 60 mg par jour, suivi d'un traitement de Miacalcic spray nasal 200 UI 2 x/jour.

Le patient a également bénéficié d'une prise en charge de physiothérapie et d'ergothérapie dès son admission, traitements qui ont été excessivement difficiles. En effet celles-ci ont été fréquemment écourtées, voire annulées, car pas supportées par le patient en raison de l'exacerbation des douleurs, chez un patient très revendicateur, se sentant totalement incompris.

Le 02.03.05, nous avons également pratiqué une injection de toxine botulique au niveau des fléchisseurs superficiels et profonds des doigts, en raison de l'installation d'une dystonie en flexion de ses doigts.

A sa sortie, la symptomatologie commençait à s'atténuer, raison pour laquelle nous recommandons la nécessité de la poursuite de la prise en charge d'ergothérapie en ambulatoire.

Durant son séjour, le patient a également été présenté à notre service de psychosomatique. Chez ce patient excessivement anxieux, nous n'avons pas introduit de traitement psychiatrique, si ce n'est assurer un soutien psychologique.

A sa sortie, le patient conserve encore une importante limitation fonctionnelle de sa main G, qui justifie la poursuite d'une incapacité de travail totale. Nous laissons le soin à son médecin traitant de suivre l'évolution avec un contrôle neurologique dans deux mois."

Par rapport du 8 avril 2005, la Dresse V.\_\_\_\_\_, neurologue, a posé le diagnostic d'algoneurodystrophie du poignet et de la main gauches, de status après contusion radio-carpienne gauche le 26 novembre 2003, de cure de canal carpien et ablation d'un kyste arthrosynovial le 22 septembre 2004 et d'un malaise d'origine fonctionnelle dans le cadre d'un état anxio-dépressif probable. Elle a indiqué en outre ce qui suit :

**"Synthèse des propositions :**

Il s'agit d'une situation complexe et de prise en charge difficile d'une algoneurodystrophie de la main et du poignet gauches après contusion radio-carpienne en nov. 2003 et décompensation du nerf médian au canal carpien un an plus tard. Malgré une prise en charge maximale à la Clinique L.\_\_\_\_\_, l'évolution est progressivement défavorable avec apparition d'une dystonie en flexion des doigts

irréductible et probablement des rétractions tendineuses débutantes. L'évolution se complique de malaises d'origine fonctionnelle avec sensation d'étouffement et de mort imminente chez un patient qui présente certainement un état anxio-dépressif qui est cependant nié. Le pronostic de cette situation semble bien réservé. Il faudrait probablement si il l'accepte remettre un traitement antidépresseur à visée anxiolytique et lui prescrire aussi du Temesta pour ces malaises. Je ne pense pas qu'il acceptera une prise en charge psychiatrique."

La Dresse V.\_\_\_\_\_ a ajouté, concernant le bloc du plexus brachial, qu'elle n'avait pas d'expérience du bénéfice de cette thérapie dans l'algoneurodystrophie mais que son impression était que des traitements invasifs dans une situation comme celle de l'assuré semblaient peu souhaitables en raison du risque de iatrogénicité.

Aux termes d'un rapport du 2 mai 2005 destiné au médecin généraliste traitant de l'assuré, la Dresse Z.\_\_\_\_\_, les Drs X.\_\_\_\_\_, G.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, respectivement médecin associé vacataire, chef de clinique adjoint et médecin assistant au Service de neurologie du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_), ont posé les diagnostics d'algoneurodystrophie du poignet et de la main gauches, de status après contusion radio-carpienne gauche le 26 novembre 2003, de cure de canal carpien et ablation d'un kyste arthrosynovial le 22 septembre 2004 et de malaise d'origine fonctionnelle dans le cadre d'un état anxio-dépressif probable. Ils ont estimé que les crises présentées par le patient restaient très peu évocatrices de phénomènes comitiaux sur lesquels celui-ci insistait alors que, selon les médecins du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_, le problème au premier plan restait le flexum de la main. Ils ont considéré que l'intégrité du nerf médian était démontrée au vu des examens pratiqués jusqu'alors et n'ont pas retenu d'indication à un nouvel examen EMG. Ils ont ajouté que le cas serait présenté au Prof. B.\_\_\_\_\_, neurologue, et que le patient serait convoqué le cas échéant. Les Drs X.\_\_\_\_\_, G.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ ont en outre proposé à la Dresse Z.\_\_\_\_\_ d'organiser une consultation rhumatologique de l'algoneurodystrophie.

Le 24 mai 2005, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en maladies rhumatismales, a proposé des investigations complémentaires. Il a en outre notamment relevé ce qui suit :

"On relèvera de manière générale que l'algodystrophie, qui à mon avis n'est pas prouvée dans ce cas mais ne peut également pas être formellement exclue compte tenu de la nature de ce diagnostic, n'est pas souvent la seule cause de la douleur, et il faut parfois tenir compte de la maladie sous-jacente éventuellement, de la lésion initiale ainsi que des données psychologiques, celles-ci étant cependant décrites comme sans particularité par le rapport psychiatrique du séjour à la Clinique L.\_\_\_\_ de la SUVA à [...]."

Par avis du 27 mai 2005, le médecin-conseil de la CNA a estimé que les troubles décrits dans le rapport du Centre hospitalier F.\_\_\_\_ du 2 mai 2005 étaient en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 26 novembre 2003.

A teneur d'un rapport du 10 juin 2005, le Prof. J.\_\_\_\_, responsable de la consultation du Service de neurologie du Centre hospitalier F.\_\_\_\_, et les Drs G.\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_ ont repris les diagnostics posés antérieurement le 2 mai 2005 et ont conclu leur rapport comme il suit :

"[Le] patient présente donc

1. Une position en flexion forcée de la main G irréductible. Les signes d'algoneurodystrophie visualisés lors de la scintigraphie ne peuvent expliquer totalement les symptômes du patient. Au vu de l'absence de signes objectifs à l'examen neurologique (notamment absence d'amyotrophie révélatrice de dénervation chronique), de la normalité de l'EMG ainsi que de l'IRM cérébrale, une origine neurologique si elle existe, ne joue actuellement qu'un rôle secondaire dans les symptômes de votre patient. En revanche une composante fonctionnelle semble probable.
2. Des malaises très peu suspects de comitialité au vu du caractère désordonné, asynchrone des mouvements présentés et de l'absence de morsures de langue ou de perte d'urine.

En conclusion et devant ce tableau de position irréductible de la main et de crises atypiques, un traitement de la composante fonctionnelle nous semble actuellement être le plus susceptible d'améliorer la symptomatologie du patient."

Dans un compte-rendu du 28 juin 2005 faisant suite à une scintigraphie osseuse, le Dr P.\_\_\_\_\_ a conclu à un aspect scintigraphique d'un Südeck de la main gauche en phase active.

A la suite d'une hospitalisation dans le Service de neurologie des Hôpitaux [...] (ci-après : les Hôpitaux D.\_\_\_\_\_) du 21 au 23 juin 2005, les Dresses M.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_, respectivement cheffe de clinique et médecin interne au sein dudit service, ont établi un rapport le 15 juillet, 2005 posant les diagnostics de syndrome douloureux du membre supérieur gauche probablement dans le contexte d'une probable algoneurodystrophie du poignet et de la main gauches et de pseudo-crise dans le cadre de paroxysme douloureux. Elles ont en outre exposé ce qui suit :

#### **"EVOLUTION ET DISCUSSION**

M. I.A.\_\_\_\_\_ a été hospitalisé pour un avis diagnostique et évaluation d'option thérapeutique pour un syndrome douloureux du membre supérieur à gauche associé à des crises douloureuses de l'hémicorps gauche.

Concernant les douleurs au niveau de la main, une probable algoneurodystrophie a été évoquée, basée sur une hypercaptation diffuse de la main à la scintigraphie osseuse en février 2005.

L'examen clinique à l'entrée a été très limité dans le contexte de douleurs importantes du membre supérieur gauche. Le patient signale une altération de la sensibilité superficielle de l'hémicorps gauche qui est limitée à la ligne médiane. On ne relève pas d'anomalie neurologique, notamment pas d'amyotrophie ni de signes végétatifs évidents au niveau du membre supérieur à gauche. Le patient a présenté à plusieurs reprises, lors de son hospitalisation, des crises douloureuses de l'hémicorps gauche associées à des mouvements irréguliers du membres supérieur et inférieur gauches, sans perte de connaissance et sans trouble phasique. Ces crises se sont souvent présentées lors d'un examen clinique. L'origine épileptique nous paraît très improbable. Toutefois, un EEG a été effectué suite à une crise et n'a pas montré d'anomalie hormis les troubles de vigilance chez un patient qui présente des troubles du sommeil et un traitement analgésique large.

Les relations entre le patient et le corps médical ont été marquées par un manque de compliance et hétéroagressivité verbale et physique de la part de Monsieur I.A.\_\_\_\_\_.

Vu le comportement du patient et les crises douloureuses avec un composant hystérieforme indéniable, une évaluation avec suivi psychiatrique est fortement indiquée. Lorsque celle-ci a été proposée au patient, il a préféré quitter le service de sa propre volonté."

A ce rapport était joint un rapport du 22 juin 2005 des Drs U. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_, du Service de rhumatologie des Hôpitaux D. \_\_\_\_\_, dont il résulte notamment ce qui suit :

### **"DISCUSSION**

Votre patient présente un syndrome algique au départ du poignet G, nettement aggravé par la cure de canal carpien de septembre 2004. Il pourrait s'agir d'une algoneurodystrophie. La scintigraphie réalisée à 5 mois parle en faveur de ce diagnostic, cependant, aucun phénomène objectivable (oed[è]me, chaleur, changement couleur de la peau) ou neurovégétatif n'a été objectivé et l'introduction du traitement spécifique n'a permis aucune amélioration. Une IRM de la main dans les 3 premiers mois post-op aurait pu appuyer ce diagnostic si elle avait mis en évidence un œdème des tissus mous et osseux. A ce stade (III ?) le bilan peut néanmoins être complété par une radiographie standard des 2 mains (comparatif) afin de chercher une déminéralisation osseuse.

Quant au traitement, nous vous proposons de poursuivre l'association d'antalgiques, bisphosphonates et calcitonine. Si l'attitude vicieuse des doigts et du coude [n'est] pas volontair[e] (impossible à dire sans examen physique !), celle-ci pourrait s'inscrire dans un stade avancé de Sudeck et nécessiterait la poursuite de la physiothérapie que le patient refuse quoi qu'il en soit.

Pour ce qui est du syndrome algique de l'hémicorps, associé à une paralysie anamnétique, il est bien clair que le Sudeck ne peut être mis en cause. En présence d'une imagerie cérébrale normale (à confirmer), cette présentation clinique évoque plutôt une étiologie somatoforme.

### **DIAGNOSTIC**

Possible algoneurodystrophie x syndrome douloureux chronique."

Le 21 juillet 2005, la Dresse Z. \_\_\_\_\_ a notamment fait mention d'une algoneurodystrophie de la main gauche et d'une évolution défavorable avec des douleurs persistantes accompagnées de malaises à répétition suivis d'une asthénie et d'une sensation de paralysie du membre supérieur gauche.

Aux termes d'un rapport du 26 août 2005 consécutif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) du plexus brachial gauche, le Dr N. \_\_\_\_\_, de Bruxelles, a exposé ce qui suit :

"Réaction oedémateuse atypique le long du plexus brachial à gauche sans image de masse et actuellement sans réaction

significative au niveau des vastes musculaires du membre supérieur gauche.  
Le tableau clinique est-il expliqué par un phénomène cytotoxique sur bloc axillaire ?  
Pas de masse ni de collection détectée le long du plexus brachial expliquant la symptomatologie du patient."

Dans un rapport du 26 août 2005 adressé au médecin traitant de l'assuré, le Dr O.\_\_\_\_\_, du Service d'électromyographie de la Clinique [...] à Bruxelles, a estimé que des investigations complémentaires étaient nécessaires. Il a notamment relevé que les plaintes avaient été mises en relation avec l'intervention pour syndrome du canal carpien, qui en avait marqué le début, et que pour cette raison il lui paraissait important de tirer au clair les circonstances dans lesquelles cette intervention s'était passée. Il a ajouté que les plaintes étaient de type neurogène et faisaient évoquer une lésion du plexus brachial, l'EMG le faisant fortement suspecter.

Aux termes d'un rapport du 5 septembre 2005, la Dresse V.\_\_\_\_\_ a expliqué que l'évaluation clinique et électrophysiologique était extrêmement difficile chez l'assuré et qu'à son avis, l'hypomyotrophie modérée du bras gauche était vraisemblablement liée à une sous-utilisation consécutive au syndrome douloureux chronique en relation avec l'algodystrophie. Elle a souligné que, tant du point de vue clinique qu'électrophysiologique, on ne parvenait pas à démontrer une atteinte du système nerveux périphérique - qu'elle soit tronculaire, plexuelle ou pluriradiculaire (sous réserve des limitations liées à la collaboration) - à même d'expliquer le syndrome douloureux du membre supérieur gauche.

Dans un rapport du 5 octobre 2005 adressé à la Dresse Z.\_\_\_\_\_, le Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a exposé notamment ce qui suit :

**"CONCLUSION ELECTROCLINIQUE :**

Il est difficile de conclure de manière péremptoire la problématique neurologique soulevée par votre patient, n'ayant pas à ma disposition de documents.  
Toutefois il est apparu essentiel que j'analyse par le détail les résultats cliniques neurophysiologiques de mes confrères belges,

évoquant une plexopathie brachiale liée à une anesthésie par bloc plexulaire.

D'après mon expérience la complication liée à une plexopathie brachiale se traduit immédiatement lors de l'introduction de trocard par de très intenses douleurs, douleurs qui s'expliquent soit par une lacération nerveuse, soit par l'injection du produit en contact immédiat avec le nerf ou encore par la constitution d'un hématome souvent retardé, 2 à 3 jours plus tard.

Cette dernière hypothèse diagnostique est récusée par une imagerie qui apparemment ne met pas en évidence d'anévrisme ou de pseudo-anévrisme comprimant un tronc nerveux. D'autre part la survenue des douleurs est relativement tardive et dépasse le territoire constituant le plexus brachial.

*L'évaluation neurophysiologique* est difficile et récusé une éventuelle plexopathie brachiale, d'une part en démontrant la normalité de l'amplitude des potentiels sensitifs évoqués. Je n'ai pas mis en évidence de décrétement comme il est classique de l'observer dans ce type de lésions. En détection je n'ai pas enregistré d'activité de repos dans les différents groupes musculaires explorés, avec à l'effort musculaire gradué un tracé difficile d'interprétation, le patient étant très peu collaborant.

*En conclusion* de l'appréciation clinique neurophysiologique, il ressort que votre patient ne présente pas de plexopathie brachiale liée à une anesthésie par bloc plexulaire. La symptomatologie qu'il a développée par la suite s'intègre peut-être dans le cadre d'une algoneurodystrophie avec des éléments superfétatoires vraisemblables.

#### **DIAGNOSTIC :**

- Brachialgies G, secondaires à une algoneurodystrophie, compliquée de manifestations superfétatoires probables."

Dans un rapport du 2 novembre 2005, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a indiqué notamment ce qui suit :

"Les plaintes à l'examen de ce jour sont décrites plus haut et sont évocatrices d'un syndrome somatoforme.

L'absence de collaboration de l'assuré ne va pas nous permettre un examen clinique dans de bonnes conditions : hormis la mesure des périmètres et le testing de la sensibilité du membre supérieur ce dernier est inexaminable, toute tentative de mobilisation se heurtant à d'importantes manifestations douloureuses et d'opposition active de l'assuré, même d'une crise hystérisiforme lorsque nous tentons de palper le rachis.

L'agitation de l'assuré et son comportement ne nous ont pas permis de mener à terme l'examen.

Des facteurs non organique extérieurs à l'accident ainsi que des troubles importants du comportement jouent un rôle dans l'évolution particulièrement défavorable de ce cas.

Je ne suis personnellement pas persuadé que des mesures thérapeutiques agressives de la douleur pourront s'avérer efficaces sur un tableau paraissant très largement influencé par des facteurs non organiques psychogènes. Par ailleurs une approche cognitivo-comportementale des troubles ne paraît guère envisageable sans la pleine collaboration de l'assuré.

Nous nous trouvons dès lors dans une impasse qui, dans le contexte du cas, justifie d'une expertise comme le suggère le Dr Y.\_\_\_\_\_."

Dans un rapport du 23 novembre 2005, le Dr AA.\_\_\_\_\_, neurologue, a observé notamment ce qui suit :

**"APPRECIATION :**

Ce patient me laisse un peu perplexe. En effet il présente un tableau clinique et une symptomatologie extrêmement bruyante qui contrastent avec la suite d'une intervention relativement banale. Si l'on peut aisément comprendre le syndrome de Sudeck secondaire à une intervention chirurgicale même banale, en revanche, il est plus difficile d'expliquer cette évolution vers des malaises paroxystiques avec des douleurs et paresthésies concernant le MSG et l'hémicrâne gauche, suivi de véritables convulsions avec perte de connaissance d'après les dires du patient et de l'épouse.

Le status neurologique lui-même, hormis une impotence fonctionnelle du MSG, me paraît dans les limites de la norme. Par ailleurs l'IRM que vous avez pratiquée ne semble pas démontrer de lésions susceptibles d'expliquer une quelconque comitialité. Enfin, l'EEG que j'ai pratiqué à mon cabinet montre quelques anomalies symétriques prédominant dans la région antérieure, sans focalisation et sans asymétrie et notamment sans anomalie au niveau de l'hémisphère droit.

Avant donc de conclure à un phénomène purement fonctionnel, j'ai tout de même demandé à l'épouse du patient de m'amener une cassette des crises puisqu'il semble qu'elle ait enregistré plusieurs fois son mari dans des crises.

Par la suite, si nécessaire, on pourra éventuellement envisager une hospitalisation de 24 à 48 heures avec télémétrie ce qui permettra d'obtenir un enregistrement encéphalographique sur 24 heures accompagné d'une vidéo afin de préciser la situation, d'autant plus qu'il semble que les malaises surviennent de manière quotidienne."

Le 1<sup>er</sup> décembre 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Dans un rapport du 19 décembre 2005, le Dr KKK.\_\_\_\_\_, médecin associé au Service d'anesthésiologie du Centre hospitalier

F.\_\_\_\_\_, a indiqué que lors de la dernière consultation le 16 novembre 2005, le patient ne montrait pas une évolution favorable de la symptomatologie douloureuse. Sous l'angle thérapeutique, ce praticien a exposé que lors de la consultation susdite, il avait évalué le patient avec le Dr BB.\_\_\_\_\_ du Centre d'antalgie de l'Hôpital [...] en vue d'une possibilité de stimulation médullaire, mais que l'emploi de ces techniques avait été jugé formellement contre-indiqué chez ce patient. Il a ajouté qu'une reprise de travail n'était pas envisageable pour le moment.

Par lettre du 10 mars 2006, la CNA a fait savoir à l'assuré que le Dr CC.\_\_\_\_\_, neurologue qui devait convoquer l'intéressé en vue d'une expertise, venait de l'informer que tel ne pourrait pas être le cas avant un délai de huit mois. Aussi avait-il été décidé de mandater expert le Dr H.\_\_\_\_\_. Un délai de 10 jours était imparti à l'assuré pour communiquer ses éventuelles remarques.

Aux termes d'une note du Team Prestations de la CNA adressée le 31 août 2006 au Dr Q.\_\_\_\_\_, il était exposé que suite de l'examen réalisé par ce dernier médecin le 2 novembre 2005, des démarches avaient été mises en œuvre afin d'organiser une expertise d'abord auprès du Dr CC.\_\_\_\_\_ et ensuite auprès du Dr H.\_\_\_\_\_, mais que l'assuré avait indiqué avoir déjà subi une expertise auprès du Dr AA.\_\_\_\_\_ de telle sorte que la procédure avait été suspendue et qu'un rapport avait été établi par le Dr AA.\_\_\_\_\_ le 25 juillet 2006. Sollicité en vue de procéder à un bilan des séquelles organiques en l'état du dossier, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a répondu qu'une expertise devait être organisée auprès du Dr H.\_\_\_\_\_ ou du Dr CC.\_\_\_\_\_, le rapport du Dr AA.\_\_\_\_\_ ne permettant pas de statuer clairement sur les séquelles organiques.

Selon un « *Compte rendu des démarches dès le 13.09.2006* » établi le 28 septembre 2006 par un inspecteur de la CNA, il était mentionné que l'assuré s'était opposé à ce que le Dr H.\_\_\_\_\_ fasse une expertise mais qu'il était prêt à se rendre chez n'importe quel autre neurologue qui ne l'aurait pas encore examiné à ce jour. Dans ce contexte, le nom du Dr CC.\_\_\_\_\_ avait été évoqué, l'assuré étant toutefois

d'accord - selon les propos rapportés par l'inspecteur de la CNA - d'être reçu par un autre neurologue à plus court terme, pour autant que la procédure se fasse par écrit.

Contactée par la CNA en vue de la mise en œuvre d'une expertise, la Dresse DD.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a fait savoir par courriel du 22 février 2007 qu'elle n'était pas disposée à effectuer un tel examen. Elle a exposé notamment ce qui suit :

"- Il n'y a pas besoin de faire un énième examen neurologique. Les données neurologiques dans le dossier sont très riches et claires. Le diagnostic d'algoneurodystrophie a très probablement été faux (cf. p.e. lettre du Dr T.\_\_\_\_\_ du 24.5.2005) et son lien de causalité avec l'accident - si algoneurodystrophie il y avait - est encore moins probable.  
- Ce cas peut être rapidement clos sur la base du dossier (et il l'aurait déjà dû, dans un premier moment en printemps 2004 ou encore après sa décharge de la Clinique L.\_\_\_\_\_ en printemps 2005).  
-Je vous propose de transférer le dossier à [...] pour une expertise sur dossier dans les meilleurs délais qui permettra une prise rapide des décisions administratives en souffrance."

Dans un rapport du 10 mai 2007, rédigé en allemand, le Dr EE.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et psychiatrie, médecin-conseil de la CNA, a notamment estimé que l'épilepsie n'était pas avérée et que même si tel était le cas, il n'y avait aucun lien de causalité entre l'accident du 26 novembre 2003 et un tel dommage du système nerveux central. Il a considéré en outre que le lien de causalité entre l'accident et l'atteinte du nerf médian du tunnel carpien était tout au plus possible. Il a par ailleurs remis en cause le lien de causalité entre l'intervention chirurgicale et l'accident.

Aux termes d'un rapport du 11 juillet 2007, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a indiqué en particulier ce qui suit :

"Nous nous rangerons tout d'abord à l'appréciation du Dr EE.\_\_\_\_\_ à [...], qui sur le plan neurologique, ne retient pas de relation de causalité en degré de la probabilité entre l'opération du canal carpien et la contusion simple survenue le 26 novembre 2003. Aucune évidence n'a par ailleurs été faite d'une lésion plexulaire.

L'atypie des troubles présentés ne permet par ailleurs pas de les ranger dans la catégorie des algodystrophies de type Südeck. Même en admettant la possibilité d'une éventuelle complication sudeckoïde, force nous est de constater qu'il est fort peu probable qu'une telle complication évolue pendant une aussi longue durée. A ce titre nous pouvons ainsi clairement considérer que les troubles déclarés actuellement par cet assuré relèvent de facteurs non-organiques et psychiatriques et dont l'adéquation avec l'accident banal survenu le 26 novembre 2003 reste à démontrer. En ce qui nous concerne, cette contusion a très largement cessé de déployer ses effets sur le plan somatique."

Par décision du 12 juillet 2007, la CNA a mis un terme à ses prestations avec effet immédiat au 15 juillet 2007 au soir.

L'assuré s'est opposé à cette décision.

Dans un avis du 14 août 2007, les Drs MM. \_\_\_\_\_ et NN. \_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), ont mentionné notamment ce qui suit :

"Cet assuré a subi un accident de travail bagatelle avec contusion de sa main G le 23.11.2003 [recte : 26.11.2003]. Développement de douleurs importantes distales au MSG par la suite. L'assuré se fait opérer d'un kyste et d'un tunnel carpien de la main G. L'évolution est défavorable avec aggravation des douleurs avec expansion de la main à l'épaule. Le diagnostic d'algoneurodystrophie est retenu. L'assuré est examiné par de nombreux médecins en Suisse et en Belgique. Bien qu'à un moment donné un médecin soulève la suspicion d'une lésion plexulaire (l'opération s'est effectuée sous anesthésie plexulaire), une telle lésion provoque habituellement des douleurs immédiates et chez l'assuré, les douleurs se sont manifestées que quelques jours postopératoires et l'assuré présentait déjà des douleurs difficilement explicables de la main préopératoire.

Par la suite, l'assuré allègue des malaises (crises paroxystiques de l'hémicorps G avec des secousses et une perte de force du MSG et troubles respiratoires). Suite à une évaluation approfondie, une étiologie comitiale de ces crises a pu être écartée et une composante hystérisiforme est retenue. A relever que lorsqu'on a proposé une évaluation psychiatrique à l'assuré, il a quitté l'hôpital de son propre chef.

De nombreux examens neurophysiologiques et radiologiques ont eu lieu sans pouvoir expliquer la symptomatologie douloureuse présentée par l'assuré.

Une prise en charge au Service d'antalgie du Centre hospitalier F. \_\_\_\_\_ avec bloc stellaire n'a pas amélioré la situation. A relever que plusieurs médecins mentionnent que l'assuré a un comportement hétéro-agressif et revendicateur important et que son comportement rendait les examens cliniques difficiles.

L'atteinte à la santé de cet assuré, bien qu'inexplicable sur le plan somatique, entraîne une impotence fonctionnelle du MSG. Bien qu'en l'absence d'une causalité entre la symptomatologie et l'accident, la SUVA a mis fin aux prestations, au vu du comportement et des crises hystérisiformes décrites, il convient avant tout d'investiguer l'assuré sur le plan psychiatrique. Nous proposons de procéder à une **expertise psychiatrique**. [...]"

En date du 24 septembre 2007, l'assuré a produit notamment les rapports médicaux suivants :

- un rapport rédigé en albanais le 21 juillet 2005 par le Dr SS.\_\_\_\_\_, à Pristina, ainsi que sa traduction en langue française dont on extrait ce qui suit :

**"Conclusion :** EMG présent[e] des lésions neurog[è]ne[s] du muscle biceps gauche. La neurographie met en évidence une vitesse de conduction nerveuse diminuée le nerf musculo-cutané gauche. Nerf médian présent[e] une vitesse dans les limites inférieures. Les potentiels M sont d'une amplitude et largeur normale.

**Les EMG, ENG parle[nt] en faveur d'une aksonopathie du nerf musculo-cutané gauche"**

- un rapport rédigé le 26 août 2005 par le Dr O.\_\_\_\_\_ à l'intention d'un confrère de la Clinique [...] à Bruxelles, concluant à une petite perte axonale motrice, à une perte axonale sensitive plus nette dans le territoire cubital gauche, ainsi qu'à des signes d'atteinte diffuse du plexus brachial (ou des racines C5 à C8) à gauche ;

- un rapport du 4 décembre 2006 du Dr MMM.\_\_\_\_\_ de l'[...] de Graz, faisant mention d'une réaction à un médicament après une anesthésie locale au plexus brachial gauche en septembre 2004 ;

- un rapport en allemand daté du 15 janvier 2007 et émanant des Drs TT.\_\_\_\_\_ et UU.\_\_\_\_\_ de l'[...] de Graz ;

- un rapport en allemand du 30 mars 2007 signé par le Prof. VV.\_\_\_\_\_ et les Drs WW.\_\_\_\_\_ et XX.\_\_\_\_\_, de la [...] à Coblenz, posant les diagnostics de trouble somatoforme avec hémihypoesthésie du bras gauche et syndrome de douleur chronique de la moitié gauche du

corps, de lésion du plexus brachial gauche, de Sudeck-dystrophie et de parésie des extrémités supérieures gauches avec contractions de la main et des doigts gauches.

Dans un rapport du 13 décembre 2007, le Dr O.\_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit :

"On retiendra donc les faits suivants :

- à l'EMG une atteinte de tous les muscles sauf les plus proximaux (serratus anterior - trapezius et supraspinatus). Il s'agit d'une dénervation ancienne et toujours bien présente avec altération de tout le tracé sauf dans les muscles proximaux. L'étendue de l'atteinte a pu être évaluée avec plus de précision que lors du premier examen qui avait été effectué dans un autre but.
- le retard de l'onde f en C8-Th1 à G signe une démyélinisation du segment proximal ; une atteinte du segment discal peut être exclue puisque les vitesses de conduction entre aisselle et main sont normales et comparables.
- la dispersion des ondes f du côté G indique une atteinte du segment proximal.
- l'altération du potentiel sensitif du nerf cubital G indique une atteinte post-ganglionnaire de ses fibres ; la perte relative d'amplitude de la réponse du nerf radial superficiel G a la même signification.

L'ensemble de ces données indique une atteinte diffuse du plexus brachial G ; en effet les plus proximaux sont épargnés ce qui fait écarter une atteinte radiculaire et tous les territoires tant radiculaires que tronculaires sont affectés.

Il y a démyélinisation du segment proximal C8-Th1 à G et c'est dans les muscles interosseus dorsalis I et abductor pollicis brevis que les anomalies sont le plus nettes ; on peut donc suspecter une atteinte marquée des fibres de la partie inférieure du plexus brachial.

S'ajoute à ce tableau celui de douleurs chroniques lancinantes, devenues en soi une affection qui évolue pour son propre compte."

L'OAI a mandaté les Hôpitaux D.\_\_\_\_\_ en vue d'une expertise psychiatrique, laquelle a été réalisée par les Drs OO.\_\_\_\_\_ et PP.\_\_\_\_\_, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie auprès de ce même établissement. Il résulte notamment ce qui suit du rapport établi par les experts précités le 25 février 2008 :

#### **"4. Diagnostics (si possible selon classification ICD10[.]**

4.1 Diagnostic[s] ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?

- Trouble somatoforme, sans précision (F45.9)  
Ce diagnostic est présent depuis 2004.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?

- Trouble de la personnalité de type paranoïaque (F60.0)  
Ce diagnostic est présent depuis le début de l'âge adulte.

## **5. Appréciation du cas et pronostic**

M. I.A.\_\_\_\_\_ est un jeune homme de 32 ans, ayant subi dans son enfance au Kosovo une persécution de la part des Serbes, en raison de son origine albanaise. En se réfugiant en Suisse à l'âge de sa majorité en 1993 pour fuir le climat instable de son pays et s'éloigner du danger que représentaient ses idées politiques, il a dû se séparer brusquement du milieu familial et s'adapter à un nouvel environnement en faisant le deuil de son domicile originel. Il n'a de fait pas pu continuer ses actions politiques et a dû trouver rapidement un travail pour survivre, sans pouvoir réfléchir à l'impact émotionnel que la migration pourrait avoir sur lui.

Sur le plan somatique, suite à un accident et à une intervention chirurgicale, l'expertisé a développé des lésions clairement identifiées sur divers examens électroneuromyographiques, scintigraphiques ou radiologiques, mais celles-ci ne peuvent pas rendre compte de la nature ou de la gravité des symptômes qu'il présente aujourd'hui. L'absence actuelle de code diagnostic satisfaisant pour traduire l'entité que certains qualifient de MUS (Medically unexplained symptoms)[...] nous renvoie à un code diagnostic généralement mal compris/vécu par les patients, le trouble somatoforme. Dans ce sens, il paraît compréhensible qu'un individu développe une certaine réticence à une prise en charge psychiatrique proposée « par défaut », ce qui est le cas de M. I.A.\_\_\_\_\_. Toutefois, le diagnostic de trouble somatoforme est chez lui responsable d'une invalidité totale et persistante dont le pronostic est très réservé. La prise en charge recommandée dans ce cadre est celle d'un traitement dit « conjoint » entre le somaticien et le psychiatre, soit sous forme de consultations conjointes, ou alors au travers de supervision psychiatrique du médecin de premier recours.

Comme c'est fréquemment le cas pour les troubles somatoformes, l'élément déclencheur du trouble s'est présenté chez lui sous forme d'un accident apparemment sans lourdes conséquences, mais suite auquel la perception douloureuse s'est probablement modifiée. La cristallisation de la problématique actuelle est en partie due au surinvestissement somatique de la plainte par l'expertisé et son entourage qui le soutient dans sa démarche procédurière.

A ce jour, M. I.A.\_\_\_\_\_ banalise malheureusement tout l'impact émotionnel lié à son histoire de vie, et ne parvient pas à entrer en matière pour une prise en charge psychiatrique de sa douleur. Au contraire, M. I.A.\_\_\_\_\_ paraît décidé à se battre contre ceux qui prétendraient que son trouble puisse avoir une origine

psychologique. L'association d'un trouble de la personnalité de type paranoïaque à un trouble somatoforme est cliniquement reconnue comme courante, ce qui préterite la prise en charge de ces patients. En effet, le trouble de la personnalité de type paranoïaque est reconnu pour être particulièrement résistant aux différentes formes de psychothérapie.

Même si le trouble de la personnalité était probablement déjà présent avant l'apparition du trouble somatoforme, il ne peut être considéré en lui-même comme une limite à l'activité professionnelle, l'expertisé ayant auparavant pu tisser un réseau socioprofessionnel sans difficultés.

Le pronostic en l'état actuel n'est pas favorable. Une éventuelle possibilité d'amélioration peut être espérée, avec l'aide d'un traitement conjoint somatique et psychiatrique, de manière ambulatoire. Evidemment ce traitement présuppose l'identification du médecin de premier recours et le renoncement à la recherche d'autres intervenants, ce qui paraît difficile actuellement dans le cadre de M. I.A. \_\_\_\_\_.

## **B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL**

### **1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés**

#### *a) Au plan physique*

Incapacité à se servir de son bras gauche, douleurs persistantes. Ces symptômes (en particulier les douleurs) perturbent considérablement l'état d'esprit du sujet et l'empêchent de se concentrer pour réaliser un travail.

Présence de malaises pouvant mettre l'expertisé ou autrui en danger s'il est en situation de responsabilité.

#### *b) Au plan psychique et mental*

En accord avec la CIM10, le trouble somatoforme a une évolution chronique et fluctuante qui perturbe considérablement la capacité de travail du sujet en raison de la détresse et de la préoccupation constante qu'il engendre. La capacité de concentration s'en trouve de fait fortement diminuée.

Le trouble de personnalité n'entraîne à lui seul pas de limitation à l'activité professionnelle.

#### *c) Au plan social*

Selon la CIM10, le trouble s'accompagne souvent d'une altération du comportement social, interpersonnel et familial. Il faut donc craindre que l'entourage de M. I.A. \_\_\_\_\_ ne finisse par s'épuiser et lui retire son soutien à terme.

### **2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici**

#### *2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?*

Le trouble somatoforme entraîne une douleur importante et une dysfonction motrice responsables d'une impotence du membre supérieur gauche, ainsi qu'une détresse avec préoccupation constante et difficulté de concentration y associée. Pour cette raison, l'expertisé ne peut plus travailler depuis le 22.09.04, date de l'intervention chirurgicale du tunnel carpien et de l'aggravation concomitante des douleurs.

## 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

L'expertisé ne peut pas exercer une activité physique ou intellectuelle soutenue plus de quelques minutes sans risquer de voir s'aggraver ses symptômes.

## 2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

Non, elle n'est plus exigible.

## 2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Oui, aucun rendement ne peut plus être envisagé.

## 2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Depuis le 22 septembre 2004.

## 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Il n'a pas évolué, l'incapacité de travail étant stable depuis lors.

## **3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel ?**

En raison de ses troubles psychiques, et en particulier en raison de l'irritabilité qui le touche, l'expertisé n'est plus capable de s'adapter à un environnement professionnel.

## **C. INFLUENCE SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE**

### **1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?**

Actuellement, des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas envisageables en raison de l'absence pathologique de motivation chez l'expertisé.

### **2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?**

#### 2.1 Si oui par quelles mesures ?

Oui, la capacité de travail de l'expertisé peut être améliorée par une prise en charge psychiatrique adaptée. Ce traitement nécessiterait une prise en charge psychothérapeutique sérieuse établie conjointement au suivi somatique régulier, ainsi qu'un traitement médicamenteux bien conduit et contrôlé.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

Un tel traitement peut avoir un effet variable, allant de l'échec jusqu'à une récupération partielle d'une capacité de travail, l'atteinte motrice du membre supérieur gauche étant irréversible.

**3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ?**

Non.

[...]

**REMARQUES**

M. I.A. \_\_\_\_\_ a été victime d'un accident qu'il considère comme seul responsable de son état actuel. Il est inutile d'essayer de le persuader du contraire, ce qui le plonge dans un comportement opposant et dangereux pour lui-même. La rancoeur qu'il nourrit à l'égard du monde médical est directement responsable de sa démotivation à entreprendre une prise en charge psychiatrique. L'attribution d'une rente invalidité, quoiqu'indispensable en raison de la précarité financière existante, sera probablement perçue comme un acte de charité par l'expertisé, qu'il ne parvient pas à accepter compte tenu de ses valeurs personnelles.

Dans ce contexte, un dialogue étroit entre le médecin traitant, l'office de l'AI, et le psychiatre devra être mis en place pour éviter à l'expertisé de se sentir promené d'une instance à l'autre sans qu'un véritable projet de soin ne soit réalisé."

A teneur d'un rapport du 1<sup>er</sup> avril 2008, les Drs FF. \_\_\_\_\_ et HH. \_\_\_\_\_, de la Clinique [...], ont notamment exposé que l'assuré avait consulté en urgence le 28 septembre 2004. A cette occasion, il avait été constaté que la cicatrice au niveau de la main gauche était calme et sans signe de surinfection, avec la présence d'un hématome en voie de résorption ainsi d'hypoparesthésies diffuses de toute la main, la mobilisation des doigts étant possible mais légèrement douloureuse. Le diagnostic retenu avait été celui d'hypoparesthésies résiduelles et douleurs postopératoires dans le cadre d'un status à une semaine d'une cure de tunnel carpien gauche avec excision d'un kyste.

Dans un avis médical du 8 avril 2008, le Dr QQ.\_\_\_\_\_, du SMR, a indiqué ce qui suit :

**"Problèmes :**

Status post contusion de la main gauche (colis de 25 kg)  
26/11/2003  
Status après neurolyse du nerf médian 20/09/2004 [recte :  
22/09/2004]  
Status post syndrome de Suddeck du MSG  
Trouble somatoforme douloureux

Pour la SUVA IT de 100% du 26/11/2004 au 15/07/2007, puis CT de 100% depuis le 16/07/2007. La décision finale de la SUVA est contestée par l'assuré qui a fait opposition [...].

Suite à l'avis SMR du [...] 14/08/2007 une expertise psychiatrique a été réalisée Dr PP.\_\_\_\_\_ Hôpitaux D.\_\_\_\_\_. Diagnostic : Trouble somatoforme sans précision F45.9

Il n'y a pas de comorbidités psychiatriques, il n'y a ni désinsertion sociale, ni isolement

L'instruction SUVA ne retient aucun empêchement à l'intégration au monde de l'économie secondaire à l'accident depuis le 16/07/2007. L'expertise du Dr PP.\_\_\_\_\_ [...] retient comme seul diagnostic influençant la capacité de travail un trouble somatoforme F45.9. En contradiction avec la jurisprudence du TFA l'expert estime que la CT de l'assuré est nulle depuis septembre 2004. En l'absence de comorbidités psychiatriques et en accord avec les critères Meyer-Blaser nous estimons que le Trouble somatoforme douloureux ne saurait justifier une quelconque incapacité de travail dans le monde de l'économie.

Sous réserve que la décision de la SUVA entre en force la capacité de travail de l'assuré est entière depuis le 16/07/2007 dans toute activité.

Cet avis a bénéficié d'un consilium avec un psychiatre SMR."

Dans un rapport du 8 avril 2008, le Dr AA.\_\_\_\_\_ a exposé notamment ce qui suit :

"Il y a eu un certain litige quant à la reconnaissance de l'origine de son atteinte neurologique et le patient a donc été examiné à plusieurs reprises à l'étranger, notamment en août 2005 par le Dr [...] [recte : O.\_\_\_\_\_], neurologue à Bruxelles, qui avait alors conclu, sur la base de la clinique et surtout des bilans et ENMG, à une atteinte du plexus cervico-brachial.

Le 26.08.05, on pratique une IRM du plexus brachial gauche où l'on décrit une réaction oedémateuse atypique le long du plexus brachial sans image de masse. On évoque alors la possibilité d'une atteinte cytotoxique linéaire à un éventuel bloc axillaire pratiqué lors de l'intervention pour tunnel carpien.

Le patient a eu une nouvelle évaluation neurologique le 18.12.06, en Autriche, par les soins du Dr MMM.\_\_\_\_\_ à la clinique [...] à Graz [...] où l'on conclut à nouveau à une atteinte du plexus brachial, notamment au niveau des nerfs axillaires et thoraciques longs, d'étiologie indéterminée, avec, dans le diagnostic différentiel, une éventuelle réaction toxique du plexus brachial secondaire à une anesthésie régionale.

Enfin le patient est revu à Bruxelles, le 13.12.07, par le Dr [...] [recte : O.\_\_\_\_\_], neurologue, qui avait déjà examiné M. I.A.\_\_\_\_\_ en 2005 et qui conclut à nouveau, sur la base de la clinique et du bilan ENMG, à une atteinte diffuse du plexus brachial gauche.

En résumé, il y a donc eu plusieurs évaluations neurologiques objectives qui permettent de conclure à une atteinte du plexus cervico-brachial gauche pour laquelle il n'y a pas d'autre explication qu'un effet toxique de l'anesthésie loco-régionale, les symptômes ayant d'ailleurs débuté suite à l'intervention chirurgicale du tunnel carpien citée ci-dessus.

Les plaintes du patient sont donc tout à fait crédibles et sa souffrance de même que son handicap méritent très certainement d'être entendus et reconnus."

Par décision sur opposition du 5 septembre 2008, la CNA a confirmé son premier prononcé en considérant notamment ce qui suit :

"3.

a.

En l'occurrence, invité à apporter son appréciation du cas, le Dr EE.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, respectivement spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès de la division médecine des assurances, à [...], a, le 10 mai 2007, expliqué que, dans les suites directes de l'accident du 26 novembre 2003, les données neurologiques n'ont pas documenté l'existence de troubles pouvant être en relation de causalité vraisemblable avec l'accident assuré. C'est ainsi que l'atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien, d'un degré modéré à moyennement important, mise en évidence par le Dr H.\_\_\_\_\_, ne peut pas être considérée comme une suite accidentelle; les signes d'irritation localisés sur le nerf médian du membre blessé par l'accident ne constituent tout au plus que des suites accidentelles possibles mais ne sont en aucun cas, au degré de la vraisemblance prépondérante, dans un rapport de causalité pour le moins probable avec l'accident du 26 novembre 2003. De même, les investigations neuro-cliniques et électrophysiologiques menées dans les suites de l'intervention du 22 septembre 2004 n'ont pas montré de signes d'atteinte du système nerveux central ou périphérique. Aussi, l'existence d'une atteinte du plexus brachial a-t-elle été récusée par divers spécialistes ayant reçu le patient en consultation neurologique. Les crises

douloureuses subies par l'intéressé n'ont pas d'origine comitiale et même si, par extraordinaire, c'était le cas, elles ne pourraient être en relation de causalité avec l'accident assuré.

Quant à la problématique de l'algodystrophie, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a, dans son appréciation du 11 juillet 2007, relevé que l'atypie des troubles présentés ne permet précisément pas de les ranger dans la catégorie des algodystrophies de type Südeck : même en admettant la possibilité d'une éventuelle complication sudeckoïde, il est fort peu probable qu'une telle complication évolue pendant une aussi longue durée.

b.

Soit, l'opposant, se fondant sur les conclusions du Dr O. \_\_\_\_\_, à Bruxelles, estime que la responsabilité de la Suva est engagée au-delà de cette date.

c.

L'on ne saurait toutefois accorder une valeur probante à l'appréciation de ce neurologue belge : il y a lieu de rappeler, d'une part, que le diagnostic d'atteinte du plexus brachial a été récusé par d'autres neurologues et, d'autre part, que les certificats de médecins établis à l'étranger doivent être reçus avec retenue, dès lors qu'une appréciation compétente implique certainement une bonne connaissance du droit suisse des assurances sociales, et que les bases d'appréciation étrangères diffèrent souvent de celles qui prévalent en Suisse (P. Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Fribourg 1995, p. 296).

En définitive, la question de savoir si le diagnostic d'atteinte du plexus brachial consécutive à l'intervention du 22 septembre 2004 est avéré ou pas n'est pas déterminante en l'espèce dès lors que, quoi qu'il en soit, le Dr EE. \_\_\_\_\_ n'a pas retenu de relation de causalité au degré de la probabilité entre l'opération du canal carpien et la contusion simple survenue le 26 novembre 2003.

d.

Cela étant, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a jugé que l'on peut considérer que les troubles de M. I.A. \_\_\_\_\_ relèvent de facteurs non-organiques et psychiatriques. L'existence d'une surcharge psychique, sous forme notamment de composante hystérisiforme, a été évoquée par divers spécialistes ayant suivi M. I.A. \_\_\_\_\_ : notamment, lors du passage de celui-ci au Service de neurologie de l'Hôpital de [...], la mise en œuvre d'une évaluation psychiatrique a été proposée; par la suite, le Dr Y. \_\_\_\_\_ a fait état chez le patient d'éléments superfétatoires vraisemblables.

La Suva ne saurait toutefois répondre de cette composante psychogène. En effet, en laissant ouverte la question de la causalité naturelle (SVR 1995, UV, p. 68), force est de constater qu'au regard de la jurisprudence topique du Tribunal fédéral (ATF 115 V 133, ATF 115 V 403), tout lien de causalité adéquate, notion juridique, avec l'accident subi, de gravité moyenne à la limite de la banalité, doit être nié.

e.

En conséquence, c'est à bon droit que la Suva Lausanne a mis un terme à ses prestations d'assurance au 15 juillet 2007. Il est d'ailleurs opportun de rappeler que la caisse-maladie [...] a, après avoir consulté les actes de la Suva, admis que l'affection de M. I.A. \_\_\_\_\_ était de nature malade.

4.

a.

L'opposant exprime le grief que la Suva n'a pas mis en oeuvre l'expertise qui avait été préconisée initialement par le Dr Q. \_\_\_\_\_.

b.

Selon la pratique du TFA relative à la portée de l'obligation d'administrer les preuves, l'administration (ou en cas de recours le juge) peut renoncer à admettre des preuves supplémentaires si - après une saine appréciation des éléments en sa possession - elle (il) acquiert la conviction qu'il y a lieu de considérer que certains faits matériels atteignent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres moyens de preuves ne changeraient rien au résultat (appréciation anticipée des preuves). Un tel procédé ne viole en rien le droit d'être entendu (ATF 124 V 94, cons. 4b; ATF 122 V 162, cons. 1d; ATF 119 V 344, cons. 3c; ATF 104 V 211, cons. a).

Dans le cas présent, il faut convenir que de nombreuses consultations ont eu lieu auprès de différents spécialistes en neurologie. Plusieurs investigations cliniques, radiologiques et électrophysiologiques ont été pratiquées. Aussi, les prises en charges médicales se sont-elles souvent heurtées à des problèmes de collaboration de la part de ce patient décrit comme irascible, voire hétéroagressif.

Dans cette perspective, il faut convenir que l'instruction du dossier est suffisante pour se prononcer, s'agissant des troubles organiques. Quant à la composante psychique, l'examen de la causalité adéquate s'opère - on l'a vu - sur une base exclusivement juridique. Dans ces conditions, il ne se justifie pas, au stade de la présente procédure, de mettre en oeuvre une nouvelle expertise médicale."

Le 7 octobre 2008, I.A. \_\_\_\_\_ a recouru auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud contre la décision sur opposition rendue le 5 septembre 2008 par la CNA. Ce recours sera admis par arrêt du 26 mai 2015 (cf. CASSO AA 107/08 - 49/2015).

Il résulte d'un rapport du 31 décembre 2008 du Dr EE. \_\_\_\_\_  
(dans sa traduction française) notamment ce qui suit :

"Le présent document se réfère à l'appréciation neurologique du 10.05.2007 qu'il complète. Nous avons procédé une nouvelle fois à une analyse détaillée des pièces du dossier contemporaines de la période ayant fait suite à l'accident du 26.11.2003 ; de ce fait, nous ne pouvons que confirmer la conclusion à laquelle nous étions déjà parvenus : il est vraisemblable que l'intervention pratiquée le 22.09.2004 par le Dr K. \_\_\_\_\_ n'était pas indispensable pour traiter les suites de l'accident du 26.11.2003. L'assuré s'est expliqué le 20.08.2007 au sujet des événements proches de la date de l'accident du 26.11.2003 ; il avait constaté une amélioration de ses douleurs après une injection de cortisone, ce qui lui avait permis de reprendre le travail le 19.02.2004. Après une période de 3 mois d'activité professionnelle, la symptomatologie douloureuse était réapparue, accompagnée de fourmillements. C'est à ce moment-là que l'intervention - réalisée en définitive le 22.09.2004 - lui avait été proposée. Dans une lettre datée du 20.08.2007, l'assuré précisait que l'opération avait été réalisée en anesthésie locale ; par la suite, des douleurs insupportables étaient apparues. C'est la raison pour laquelle il s'était rendu à la Clinique [...] où de la morphine lui avait été administrée (voir pièce 163 du dossier).

[...]

Les modifications neurologiques mises en évidence fin 2005 au niveau du plexus brachial gauche peuvent être interprétées comme une *maladie* sous forme d'une amyotrophie névralgique de l'épaule (syndrome de Parsonage-Turner) qui s'est déclarée au cours de l'année 2005. Dès le début du deuxième semestre 2005 au plus tard, les troubles de l'assuré *ne* pouvaient *plus* s'expliquer - selon une perspective neurologique - par des suites d'accident directes ou indirectes d'origine organique.

*Ni* le syndrome du canal carpien du côté gauche (touché par l'accident), *ni* le ganglion ou kyste synovial de la région de la main gauche ne peuvent être considérés comme des suites vraisemblables de l'accident du 26.11.2003. Il est peu vraisemblable que l'intervention chirurgicale pratiquée le 22.09.2004 par le Dr K. \_\_\_\_\_ ait entraîné une lésion importante et/ou durable de structures neuronales.

En résumé, nous pouvons affirmer - comme précédemment - que l'assuré ne présente pas de lésions du système nerveux périphérique ou central faisant suite vraisemblablement à l'accident du 26.11.2003 ou étant consécutives vraisemblablement à l'opération du 22.09.2004.

Sur le plan neurologique, une atteinte à l'intégrité physique de l'assuré faisant suite à l'accident du 26.11.2003 ne peut être décelée. Les suites neurologiques de l'accident du 26.11.2003 ne permettent pas de motiver une limitation de la capacité de travail de l'assuré, que ce soit du point de vue du rendement attendu de sa part ou de la durée de l'activité professionnelle proprement dite."

Dans un avis du 15 avril 2009, les Drs QQ. \_\_\_\_\_ et RR. \_\_\_\_\_, du SMR, ont exposé ce qui suit :

**"Problème :**

Le 26 novembre 2003 l'assuré a été victime d'un accident sur son lieu de travail : traumatisme du poignet gauche consécutif à un choc: en enlevant un petit paquet en bas de glissières, le poignet de l'assuré a été percuté par un gros paquet descendant sur ces glissières, semble-t-il.

Les diagnostics retenus par le Dr K. \_\_\_\_\_ étaient en décembre 2003 : Contusion radio-carpienne gauche et neuropathie post traumatique nerf médian gauche. Ce praticien, spécialiste orthopédique et en chirurgie de la main, estime alors que l'incapacité de travail est de 100%. Ce cas est alors un cas accident SUVA.

L'examen décrit par le Dr K. \_\_\_\_\_ le 16 février 2004 retient une force diminuée à gauche à 30 kg (Jamar ?) contre 48 kg à droite chez un assuré droitier. Il décrit un tableau clinique de souffrance du médian par compression au niveau du canal carpien. Le Dr H. \_\_\_\_\_ effectue en 2004 des ENMG qui sont compatibles avec des irritations du nerf médian tant à droite qu'à gauche au niveau du canal carpien. Durant l'année 2004 l'assuré développe un kyste radio-palmaire que le Dr K. \_\_\_\_\_ qualifie de post-traumatique et qu'il traite chirurgicalement le 22 septembre 2004 conjointement à une révision du canal carpien gauche.

Sur la lettre de sortie de la Clinique L. \_\_\_\_\_ mars 2005 le diagnostic d'algodystrophie du poignet gauche est retenu et un traitement spécifique mis en place. L'algoneurodystrophie évolue favorablement. L'assuré développe cependant des douleurs du membre supérieur gauche qui vont se chronicisant ainsi qu'une impotence fonctionnelle pour lesquelles les somaticiens consultés ou interrogés ne semblent jamais retenir que seuls les troubles somatiques objectifs puissent être responsables des plaintes de l'assuré. Le Dr AA. \_\_\_\_\_, neurologue, prenant en compte des examens spécialisés réalisés à l'étranger (Dr O. \_\_\_\_\_ 26 août 2005), estime que ceux-ci «semblent démontrer une atteinte neurologique». Une réaction hystérisiforme est aussi évoquée, le Dr KKK. \_\_\_\_\_ estimant possible un trouble de conversion (19 décembre 2005). Le courrier du service de neurologie du Centre hospitalier F. \_\_\_\_\_, Dr J. \_\_\_\_\_, décrit cliniquement une position en flexion forcée de la main gauche irréductible. La SUVA, par l'avis du Dr Q. \_\_\_\_\_ 11 juillet 2007, prenant en compte l'appréciation du Dr EE. \_\_\_\_\_, retient que les troubles présentés par l'assuré relèvent de facteurs non-organiques et psychiatriques dont l'adéquation avec l'accident banal survenu le 26 novembre 2003 reste à démontrer.

L'hypothèse d'un trouble somatoforme est avancée le 30 mars 2007 par le Dr VV. \_\_\_\_\_, Coblenz, les diagnostics associés de lésion du plexus brachial gauche et de dystrophie de Südeck sont aussi retenus associé[s] à un diagnostic G83.2 signifiant dans la CIM-10 Monoplégie d'un membre supérieur. Ce code renvoi[e] donc à une maladie du système nerveux.

A ce stade on peut résumer ainsi le dossier :

L'assuré a été victime d'un accident en novembre 2003 : contusion du poignet gauche. Dans les suites de cet accident l'assuré a développé une compression du nerf médian au niveau du canal carpien gauche et un kyste radio-palmaire

gauche. L'assuré a été opéré du kyste et une révision du canal carpien gauche a été réalisée en même temps. Dans les suites l'assuré a développé des douleurs du membre supérieur gauche, un syndrome de Südeck et une perte de fonctionnalité du membre supérieur gauche avec une position en flexion forcée de la main gauche qualifié[e] d'irréductible par certains médecins. Les avis neurologiques multiples ont des conclusions variées. La SUVA ne retient pas un lien de causalité entre les problèmes de santé actuel de l'assuré et l'événement accidentel initial assuré par cette institution.

L'employeur rapporte une incapacité de travail de 100% :

Du 26 novembre 2003 au 18 février 2004 100%

Du 28 juin 2004 au 2 juillet 2004 100%

Depuis le 22 septembre 2004 100%

Le Dr Z.\_\_\_\_\_, 24 février 2006, atteste une IT de 30 à 50% dans la profession habituelle de manutentionnaire à W.\_\_\_\_\_ et une capacité de travail de 8 heures (50% à 100%) par jour dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail en position à genou ou accroupie, activité nécessitant que l'usage du membre supérieur droit, pas de manipulations de charges supérieures à 3-5 kg avec le bras droit, pas de travail en hauteur ou sur échelle, pas de déplacement sur sol irrégulier ou en pente.

L'expertise du Dr PP.\_\_\_\_\_ retient le diagnostic de trouble somatoforme sans précision F45.9

Dérogant aux règles de l'expertise, l'épouse de l'assuré assistera à l'expertise psychiatrique du Dr PP.\_\_\_\_\_. En page 9 de l'expertise le Dr PP.\_\_\_\_\_ estime que sur le plan somatique les lésions identifiées «ne peuvent pas rendre compte de la nature ou de la gravité des symptômes» que l'assuré présente lors de l'expertise. Or l'avis émanant des neurologues n'est pas homogène tant sur les lésions somatiques que sur les causes de celles-ci. Il n'y a ni argumentations justifiant cette position, ni consilium avec un neurologue FMH. Le Dr J.\_\_\_\_\_ avait décrit cliniquement une position en flexion forcée de la main gauche irréductible ce qui n'est pas discuté non plus. Le Dr KKK.\_\_\_\_\_ évoquait un trouble de conversion qui n'est même pas discuté dans les diagnostics différentiels. Dans ce type de situation et face à un problème semblant à cheval sur les sphères psychiques et somatiques seul un examen de type COMAI permettrait de répondre à la question de l'exigibilité dans le cadre de la LAI et à la lumière de la jurisprudence du TFA en matière de Trouble somatoforme. Le diagnostic retenu, trouble somatoforme, devait l'être après un consilium avec les somaticiens (neurologues et rhumatologues) et une argumentation précise avec souci du détail devait justifier les raisons pour lesquelles un syndrome de Münchhausen F68.1, un trouble factice Z76.5 ou un Trouble dissociatif F44 étaient écartés. Le rapport de rhumatologie des Hôpitaux D.\_\_\_\_\_ retient un manque de compliance et une hétéro agressivité verbale et physique de la part de l'assuré (Dr M.\_\_\_\_\_ 15 juillet 2005). Le Dr Y.\_\_\_\_\_ 5 octobre 2005 retenait la probabilité de manifestations superfétatoires. De plus les critères invalidant de Meyer-Blaser ne sont donc pas présents dans le texte de l'expertise, même si un état cristallisé est évoqué. Le traitement médicamenteux n'est pas mentionné. On

ignore donc tout de la stratégie médicamenteuse de prise en soin du syndrome douloureux.

Il faut donc ajuster notre avis du 8 avril 2008 dans ce cas complexe et évoluant depuis novembre 2003.

En l'absence d'avis somatique, il n'est pas possible de s'écarter de l'appréciation du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 24 février 2006 et citée plus haut. En l'absence de consilium entre somaticien et psychiatre on ne peut rattacher les problèmes de santé de l'assuré à un simple trouble somatoforme indifférencié. De façon prépondérante pour cette raison, mais aussi pour les remarques précédentes, nous estimons que l'expertise PP.\_\_\_\_\_ n'est pas convaincante. L'exigibilité et son évolution ne sont pas fixables. Soumis au principe inquisitoire, il nous faut instruire.

Afin de s'assurer des atteintes à la santé, de leurs évolutions, de l'observance thérapeutique et des possibles limitations fonctionnelles sur le plan somatique et/ou psychique, nous vous proposons de procéder à une expertise de type :

### **COMAI rhumatologique, neurologique et psychiatrique"**

Cela étant, sur mandat de l'OAI, une expertise a été mise en œuvre après du Centre [...] (ci-après : Centre II.\_\_\_\_\_) à [...]. Du rapport d'expertise établi le 21 octobre 2009, il résulte que les experts, soit les Drs KK.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, JJ.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et LL.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, ont examiné le recourant les 27 mai et 5 juin 2009, un examen électroneuromyographique ayant de surcroît été réalisé le 9 juin 2009 en complément des examens cliniques. Sur cette base, les experts ont formulé les conclusions suivantes :

## **"6. Synthèse et discussion**

### **Rappel de l'histoire médicale :**

M. I.A.\_\_\_\_\_ est un assuré kosovar de 34 ans, marié et père d'un fils. Il a été actif dans l'hôtellerie-restauration et comme employé [...].

L'assuré est victime le 26.11.2003 d'un accident de travail, il reçoit une caisse d'environ 25 à 30 kilos sur le poignet gauche. Il s'ensuit une contusion suivie d'une longue immobilisation du poignet gauche, développe des douleurs locorégionales avec importante impotence fonctionnelle, ainsi que des symptômes compatibles avec une souffrance du nerf médian au tunnel carpien. Au cours de l'intervention motivée par cette symptomatologie douloureuse post traumatique, un bloc anesthésique plexulaire est effectué, dans les heures qui suivent surviennent des douleurs intenses au niveau

axillaire, pectoral et de tout le membre supérieur gauche se caractérisent par un sentiment très intense de brûlure permanente exagérée par toutes les stimulations. La situation va s'aggraver, les douleurs persister, avec une impotence fonctionnelle d[e] son membre supérieur gauche toujours présente. La douleur finit par s'étendre sur tout l'hémicorps gauche.

A partir de 2005 on trouve dans le dossier des notations suggérant la possibilité d'une composante psychologique (trouble somatoforme). Par la suite, le caractère revendicatif des plaintes est souligné à plusieurs reprises.

Une expertise psychiatrique pour l'Al en février 2008 retient le diagnostic de trouble somatoforme (sans précision) et de personnalité paranoïaque.

Situation actuelle :

Sur le plan ostéoarticulaire, l'assuré se plaint de douleurs de tout l'hémicorps gauche. Hormis une limitation douloureuse de la colonne cervicale, mais qui pourrait être volontaire, une colonne lombaire raide et limitée dans les flexions du tronc, l'examen de l'appareil locomoteur est sans particularité, ce qui est normal pour l'âge de l'assuré.

Il est à relever qu'il n'existe aucun signe de non organicité selon Waddell, bien que ces derniers aient été scrupuleusement recherchés.

Pas ailleurs, les manifestations cliniques habituelles de l'algodystrophie ne sont pas réunies.

Le syndrome caractérisé par des douleurs touchant tout l'hémicorps gauche ne trouve ainsi pas d'explication ostéoarticulaire sérieuse, les quelques modification[s] dégénératives vertébrale débutantes sont banales.

L'examen clinique peut être considéré dans la norme, y compris le poignet gauche !

Sur le plan neurologique, l'examen a été difficile, l'assuré étant presque pas examinable à certains moments en raison d'importantes douleurs et d'un comportement parfois très démonstratif, avec certains éléments cliniques pouvant évoquer une composante non organique, comme une hypoesthésie et une hypopallesthésie de tout l'hémicorps gauche, face comprise s'arrêtant net sur la ligne médiane.

L'ENMG est déterminant dans ce cas, il montre l'existence d'une importante atteinte plexulaire sensitivomotrice axonale avec lésion des trois troncs primaires du plexus brachial gauche. D'un point de vue sensitif l'atteinte prédomine sur les axones destinés au nerf cubital, l'atteinte motrice étant beaucoup plus homogène. L'examen à l'aiguille montre de façon indiscutable la présence de signes de dénervation dans la presque totalité des muscles examinés dépendant de l'ensemble des trois troncs primaires du plexus brachial gauche appartenant aux myotomes C4 - C5 - C6 - C7 - C8 et D1.

Accessoirement, on met en évidence des signes en faveur d'une neuropathie bilatérale des nerfs médians dans le canal carpien, discrète à gauche (status post-décompression du nerf médian dans le canal carpien), où elle touche le versant sensitif et moteur uniquement d'un point de vue myélinique et d'intensité discrète à modérée à droite touchant aussi le versant sensitif et moteur uniquement d'un point de vue myélinique.

Sur le plan psychique, le tableau clinique actuel comprend trois aspects :

- des plaintes douloureuses et fonctionnelles massives de l'hémicorps gauche, avec un caractère démonstratif prononcé selon les données de l'expertise somatique ; lorsque les douleurs sont très intenses elles peuvent s'accompagner d'une sensation diffuse de faiblesse qui oblige l'expertisé à s'allonger ; selon l'expertisé, les douleurs l'empêchent d'exercer quelque activité que ce soit
- depuis 2005, le tableau clinique est compliqué par une revendication de plus en plus vive : l'expertisé met en cause une erreur d'anesthésie qui aurait été commise lors de l'opération de 2004, erreur qui serait en bonne partie à l'origine de ses douleurs selon lui; actuellement la revendication reste au premier plan et sont accompagnées d'idées dépassant la vraisemblance concernant les instances qui l'auraient mal soigné : ces instances le poursuivraient encore actuellement par divers agissements visant à le « faire taire », c'est-à-dire à lui faire abandonner ses revendications (reconnaissance du dommage subi)
- une sémiologie anxio-dépressive.

Pour ce qui est du premier aspect du tableau clinique, les douleurs et les manifestations associées (faiblesse musculaire), il ne s'agit probablement pas d'un trouble somatoforme douloureux dans la mesure où il existe un substrat somatique neurologique bien présent. Les phénomènes d'allure neurologique (accès aigus de faiblesse musculaire, hémisyndrome sensitif) font penser à un trouble dissociatif. Mais il y a plusieurs arguments qui font plutôt écarter ce diagnostic : ces manifestations sont en partie basées sur une atteinte organique ; elles sont au second plan par rapport aux plaintes douloureuses, dont elles semblent la conséquence ; elles sont en partie sous le contrôle de la volonté ; il n'y a pas de « belle indifférence » ; enfin les épisodes les plus spectaculaires (chutes) n'ont pas été objectivés par une observation médicale. Ces manifestations peuvent être comprises comme l'expression d'une certaine démonstrativité d'origine plus culturelle que médicale.

Pour ce qui est de la revendication par rapport aux instances de soins, elle est formulée avec agressivité et un ton persécutoire qui doit faire évoquer le diagnostic de trouble délirant ; notamment l'extrémisme de la conviction selon laquelle des cliniques et des assurances poursuivraient l'expertisé de leur vindicte hors du contexte soignant. Ce

diagnostic ne paraît toutefois pas devoir être retenu en l'état, dans la mesure où la revendication centrale (je souffre des suites d'une intervention médicale) paraît avoir un fondement réaliste selon les données de l'expertise somatique. Le côté excessif, agressif et persécutoire est probablement à mettre sur le compte de la démonstrativité culturelle évoquée ci-dessus. Le diagnostic de trouble psychotique devrait être reconsidéré s'il devait s'avérer que des idées persécutoires tout à fait non réalistes persistent une fois que le conflit asséurologique aura été réglé. Dans ce cas, les répercussions fonctionnelles sur la capacité de travail devraient également [être] réévaluées.

Hormis ces aspects, qui sont au premier plan, il existe quelques éléments anxieux (préoccupations, tension) et dépressifs (tristesse et découragements occasionnels). Cette symptomatologie est d'intensité surtout subjective, avec présence néanmoins d'une composante objective (tension perceptible lors de l'examen). Elle est très en rapport avec le problème médical et asséurologique, et ne semble pas justifier le diagnostic d'un trouble anxieux spécifique. Le diagnostic de *Trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2)* est celui qui correspond le mieux à ce tableau clinique.

Synthèse et conclusions :

Sur le plan somatique, il n'existe aucune situation anatomique ou fonctionnelle touchant l'appareil locomoteur qui serait susceptible de justifier une incapacité de travail durable.

Sur le plan neurologique, l'attitude très démonstrative et l'importance des douleurs [a] pu parfois empêcher d'effectuer certains examens cliniques et paracliniques de façon exhaustive ou dans des bonnes conditions. Il existe cependant suffisamment de données objectives sur l'existence d'une atteinte lésionnelle du plexus brachial gauche.

L'atteinte est démontrée par notre ENMGE, soit une atteinte lésionnelle axonale plexulaire brachiale sensitivomotrice avec d'importants signes de dénervation dans l'ensemble de la musculature testée dépendant des trois troncs principaux du plexus brachial gauche appartenant aux myotomes C4 - C5 - C6 - C7 - C8 et D1 avec prédominance de l'atteinte sensitive axonale sur les axones destinés au nerf cubital et une homogénéité sur l'atteinte axonale motrice.

L'IRM effectuée le 26 août 2005 a montré une réaction œdémateuse au niveau du plexus brachial gauche et le long des structures neuro-vasculaires dans le creux axillaire et jusqu'au niveau de la région sous-claviculaire. Le fait qu'il n'y ait pas eu d'image de compression sur le plexus brachial ni de signes en faveur d'un pseudo-anévrisme des structures vasculaires du plexus brachial, l'existence d'une atteinte diffuse de tout le plexus à l'IRM et un certain délai entre le temps de l'injection axillaire et l'apparition des douleurs, incite à évoquer une origine cytotoxique comme mécanisme étiologique de la lésion plexulaire secondaire à l'injection du produit pour effectuer le bloc axillaire.

Vu la persistance si longtemps après le début de la symptomatologie des importants signes d'atteinte axonale au niveau du plexus brachial gauche, le pronostic est mauvais et les chances d'une récupération *ad integrum* en ce qui concerne l'atteinte du plexus brachial gauche nous semblent quasi nulles.

M. I.A. \_\_\_\_\_ présente en outre un syndrome douloureux chronique de tout l'hémicorps gauche, non explicable d'un point de vue anatomique par la seule atteinte directe du plexus brachial, ni par une quelconque lésion médullaire ou cérébrale surajoutée. Il pourrait être fait l'hypothèse d'une causalgie, soit un phénomène douloureux où des lésions nerveuses périphériques (tronculaires et plexulaires en particulier) peuvent provoquer une symptomatologie douloureuse caractérisée par un sentiment très intense de brûlure permanente exagérée par toutes les stimulations s'étendant bien au-delà du territoire lésé et qui malheureusement sont bien souvent rebelles aux antalgiques.

Cela entre dans le cadre du Syndrome de Douleurs Régionales Complexes (SDRC), selon la terminologie recommandée par l'IASP (International Association for the Study of Pain). On reconnaît deux types, soit I, sans lésion nerveuse définie, et II, avec lésion nerveuse, la causalgie est de type II.

Par certains aspects, le tableau algique que présente l'assuré correspond à un SDRC de type II, sur lésion traumatique du plexus. Par contre, l'extension à tout l'hémicorps gauche est totalement atypique, par ailleurs on ne retrouve pas les troubles trophiques souvent observés.

Pour ces raisons, le diagnostic de causalgie ne peut que rester une hypothèse, il n'y a donc pas les éléments de preuve nécessaires pour admettre ce diagnostic et ses effets éventuels sur la capacité de travail.

En conclusion, les seules séquelles admissibles, car démontrées, concernent la lésion du plexus brachial gauche.

La capacité de travail est de 50% dans une activité mono manuelle droite en raison des douleurs plexulaires et des effets secondaires dus aux médicaments. Sur le plan de l'efficacité, on peut estimer qu'il vaut mieux retenir une capacité pleine avec une diminution de rendement de 50%.

Sur le plan psychique, les plaintes douloureuses et les revendications agressives et persécutoires ne semblent pas atteindre le degré d'un trouble psychique spécifique (trouble somatoforme, trouble délirant).

Il existe un syndrome anxio-dépressif modéré, correspondant à un Trouble anxieux et dépressif mixte. Ce trouble est d'intensité modérée, il ne justifie pas de diminution du rendement ou de la capacité de travail."

Les experts ont posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de plexopathie sensitivomotrice axonale du plexus

brachial gauche d'origine vraisemblablement iatrogène dans les suites d'une infiltration anesthésique lors d'un bloc axillaire ; à titre d'atteintes sans impact sur la capacité de travail, ils ont signalé une neuropathie bilatérale discrète des nerfs médians dans le canal carpien, des douleurs fonctionnelles du poignet droit sans substrat anatomique susceptible de l'expliquer et un trouble anxieux et dépressif mixte. Les experts ont retenu une incapacité de travail de 20% au moins dès le 26 novembre 2003, étant souligné que dès cette date le taux d'incapacité de travail ne s'était pas modifié. Ils ont précisé que l'incapacité de travail dans la profession habituelle du recourant était totale, attendu que celle-ci nécessitait l'emploi des deux mains, et ont estimé que dans une activité adaptée, soit purement mono-manuelle, la capacité de travail était entière avec une diminution de rendement de 50%.

Aux termes d'un avis du 4 novembre 2009, le Dr QQ. \_\_\_\_\_ a relevé que le rapport d'expertise du Centre II. \_\_\_\_\_ du 21 octobre 2009 était fouillé avec souci du détail et que ses conclusions reposaient sur l'étude complète du dossier de l'assuré ainsi que sur les examens cliniques et les examens complémentaires mis en place par les experts. Il a estimé que cette expertise était convaincante et a retenu dès lors une exigibilité nulle dans la profession antérieure et entière dans une activité monomanuelle droite depuis au moins le 5 juin 2009, une baisse de rendement de 50% étant justifiée par les douleurs résiduelles persistantes et les effets secondaires dus aux médicaments, les troubles psychiques relevés n'étant quant à eux pas de nature à influencer la capacité de travail.

Le 12 novembre 2009, l'OAI a informé l'assuré de son droit à une orientation professionnelle.

Interpellé par l'OAI, l'employeur W. \_\_\_\_\_ a indiqué, le 26 novembre 2009, que pour cette année-là l'assuré aurait touché un salaire hypothétique de 4'950 fr. treize fois l'an, avec en sus une allocation pour travail de nuit estimée à 250 fr. par mois, douze fois l'an, et une rémunération à la prestation estimée à 300 fr. en juillet 2009.

A teneur d'un tableau intitulé « *détail du calcul du salaire exigible* » établi le 30 novembre 2009, l'OAI a retenu que le revenu sans invalidité s'élevait à 67'650 fr. et le revenu avec invalidité à 27'911 fr. 90 (sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2006 dans des activités simples et répétitives, après indexation à 2009, compte tenu d'une diminution de rendement de 50% et d'une réduction supplémentaire de 10% au titre de désavantage salarial).

D'un rapport final établi le 7 décembre 2009 par un conseiller de l'OAI, on extrait ce qui suit :

"Nous avons rencontré l'assuré susnommé le 30 novembre dernier. Ce dernier s'est montré revendicateur et très agressif tout au long de l'entretien. Il n'a pas souhaité non plus répondre à nos questions, restant centré sur son problème de santé et sur le « système » qu'il juge corrompu.

Monsieur I.A. \_\_\_\_\_ s'estime absolument inapte à reprendre une activité professionnelle. Il ne comprend pas comment notre service médical peut le juger apte à travailler.

Au vu de ce qui précède, nous devons conclure par une approche théorique de gains. Pour ce faire, nous avons retenu la méthode de détermination du revenu d'invalidité à l'aide des salaires ressortant de l'ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires). Rappelons que selon la jurisprudence, le moment déterminant pour l'évaluation de l'invalidité est celui du début du droit (éventuel) à la rente, donc dans la plupart des cas, l'échéance du délai d'attente d'une année.

Le SMR ayant retenu le mois de novembre 2003 comme début de l'IT durable, mais le mois de juin 2009 comme date du début de l'aptitude à la réadaptation, il convient donc de retenir les salaires de l'année 2009 pour procéder au calcul du préjudice économique.

Les réductions dont il faut tenir compte sont les limitations fonctionnelles.

Seule une évaluation nous aurait permis de déterminer l'activité la mieux adaptée à son handicap et s'il avait les compétences nécessaires (niveau scolaire, connaissances du français écrit, capacités intellectuelles) pour se former (par exemple dans le dessin technique ou en tant que cariste ou encore dans le secteur de l'horlogerie ou du bureau). Nous ne pensons cependant pas qu'une formation lui aurait permis de réduire considérablement son préjudice économique."

L'OAI a rendu un projet d'acceptation de rente le 14 décembre 2009, considérant notamment ce qui suit :

**"Résultat de nos constatations :**

Depuis le 26.11.2003 (début du délai d'attente d'un an), la capacité de travail de votre mandant est restreinte.

- Sur la base des éléments contenus au dossier, votre mandant travaille depuis juillet 2000, en qualité de collaborateur du service logistique (tri des colis) auprès de W. \_\_\_\_\_.
- Victime d'un accident sur son lieu de travail, M. I.A. \_\_\_\_\_ a présenté les incapacités de travail suivantes : 100 % du 26.11.2003 au 18.02.2004; 100 % du 28.06.2004 au 02.07.2004; 100 % depuis le 22.09.2004.
- En complément aux renseignements médicaux en notre possession, une expertise multidisciplinaire est réalisée en mai et juin 2009 auprès du COMAI du Centre II. \_\_\_\_\_ à [...].
- Il ressort des observations médicales que la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle. Par contre, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, telles que : limitations dues aux douleurs et aux effets secondaires des médicaments; activité purement mono manuelle droite, M. I.A. \_\_\_\_\_ conserve une capacité de travail de 100 %, avec diminution du rendement de 50 %, à partir du 5 juin 2009.
- Vu ce qui précède, seule une évaluation aurait permis de déterminer l'activité la mieux adaptée au handicap de votre mandant et s'il avait les compétences nécessaires (niveau scolaire, connaissances du français écrit, capacités intellectuelles) pour se former (par exemple dans le dessin technique ou en tant que cariste ou encore dans le secteur de l'horlogerie ou du bureau), votre mandant a déclaré lors de l'entretien avec la conseillère en réinsertion professionnelle qu'il ne s'estimait absolument pas apte à reprendre une activité professionnelle.
- Fort de ce constat, nous avons donc procédé au calcul du préjudice économique comme suit.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, CHF

4'732.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1; niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,6 heures ; La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'921.28 (CHF 4'732.00 x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59'055.36.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2009 (+ 1.60 % + 2.00 % + 1.35 % ; La Vie économique, 10-2006, p.91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 62'026.45 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de M. I.A. \_\_\_\_\_ qu'il exercerait une activité légère de substitution à 100 %, avec une diminution de rendement à 50 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 31'013.23 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc). Compte tenu des limitations fonctionnelles citées plus haut, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 27'911.90.

Afin de déterminer le préjudice économique, le revenu invalide ci-dessus doit être comparé au revenu sans atteinte à la santé, soit CHF 67'650.-, selon indications de l'employeur le 26.11.2009.

**Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :**

sans invalidité	CHF 67'650.00				
avec invalidité	<u>CHF 27'911.90</u>				
La perte de gain s'élève à	CHF 39'738.10	=	un	degré	
	d'invalidité		de		58.74,
					soit 59 % %

**Notre décision est par conséquent la suivante :**

- A partir du 26.11.2004, le droit à une rente entière puis, dès le 01.09.2009 (après trois mois), à une demi-rente est reconnu.

La demande de prestations AI a été déposée le 1<sup>er</sup> décembre 2005. Les prestations ne peuvent être versées que dès le 01.12.2004, soit douze mois avant le dépôt de la demande (article 48 alinéa 2 LAI)."

L'assuré a fait part de ses objections par écrit du 21 décembre 2009 (complété, sous la plume de son conseil, le 23 décembre suivant dans le sens de l'octroi d'une rente AI entière dès le 1<sup>er</sup> décembre 2004), auquel étaient notamment jointes les pièces suivantes :

- un rapport du 13 février 2008 du Dr O.\_\_\_\_\_, concluant à une petite perte axonale motrice et perte axonale sensitive plus nette dans le territoire cubital gauche et à des signes d'atteinte diffuse du plexus brachial (ou des racines C5 à C8) à gauche ;

- un rapport du 14 février 2008 du Dr O.\_\_\_\_\_, mentionnant notamment ce qui suit :

"Bilan : le tableau est dominé par de violentes douleurs de l'hémicorps G, probablement par généralisation des douleurs plexuelles à tout l'hémisphère D. Ce sont elles qui causent l'impotence fonctionnelle de M. I.A.\_\_\_\_\_ qui vu les circonstances me paraît avoir remarquablement fait face à la situation qui lui est faite."

- un rapport du 20 février 2008 du Dr YY.\_\_\_\_\_, de la Consultation Douleur Chronique du Centre [...] à Bruxelles, observant notamment que l'EMG réalisée le 13 décembre 2007 par le Dr O.\_\_\_\_\_ révélait une atteinte diffuse du plexus brachial, que l'IRM du plexus brachial montrait une réaction œdémateuse atypique et asymétrique, le long du plexus brachial gauche et le long des structures neurovasculaires dans le creux axillaire et jusque dans la région sous-clavière, et que le recourant présentait « *un syndrome douloureux neuropathique, dont l'origine sembl[ait] être un accident d'anesthésie (composante causalgique ?)* » ;

- un rapport du 29 août 2008 du Dr ZZ.\_\_\_\_\_, des Cliniques universitaires [...], à Bruxelles, estimant notamment que les conclusions du bilan antérieur et le rapport oral du patient plaidaient pour l'injection d'un toxique lors de l'anesthésie du plexus brachial ;

- une attestation du 10 février 2009 du Dr AAA.\_\_\_\_\_,  
médecin généraliste, indiquant ce qui suit :

"Le médecin soussigné atteste que suite à l'injection d'un produit non adapté pour une opération le 22.09.2004. L'anesthésiste n'était pas présent et c'est un auxiliaire qui a officié.

Depuis ce patient souffre de violentes douleurs au niveau du plexus brachial, douleurs nécessitant la prise de dérivés morphiniques interdisant tout travail.

Le patient demande que l'erreur médicale soit reconnue et qu'il perçoive un dédommagement.

Ces lésions sont irréversibles et aucune amélioration n'est à attendre dans le futur.

Ces lésions sont à vie."

- une attestation émise le 24 février 2009 par le Dr AAA.\_\_\_\_\_, certifiant que l'assuré ne souffrait aucunement d'algoneurodystrophie mais qu'il avait clairement une inflammation cervico-brachiale suite à un toxique injecté ;

- un rapport du 28 octobre 2009 de la Dresse BBB.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, biologie et médecine du sport à Strasbourg, mentionnant notamment ce qui suit :

"Tous les examens pratiqués (et répétés pour plusieurs d'entre eux) concordent pour établir que les intenses douleurs insomniantes et invalidantes, progressivement majorées, mais apparues au décours immédiat de l'intervention chirurgicale subie, ainsi que l'atteinte sensitivomotrice du membre supérieur gauche de M. I.A.\_\_\_\_\_ reflètent une atteinte neurogène (= des nerfs) par **atteinte étendue du plexus brachial qui est le siège d'une réaction oedémateuse atypique et asymétrique le long du plexus brachial et le long des structures neurovasculaires dans le creux axillaire et jusque dans la région sous-clavière, rendant parfaitement compte des symptômes présentés par M. I.A.\_\_\_\_\_.**

**De telles lésions n'ont pas pu être provoquées par la simple atteinte mécanique des fibres nerveuses par l'aiguille lors du geste d'infiltration, car l'atteinte n'aurait pas concerné autant de territoires nerveux, mais seulement par une substance toxique injectée par erreur en lieu et place du produit anesthésiant, ce qui accessoirement explique le défaut d'efficacité analgésique de ce geste pendant l'acte chirurgical.**

[...]

- M. I.A.\_\_\_\_\_ est privé de la possibilité d'exercer une activité professionnelle, il doit donc être indemnisé par le régime des accidents du travail et toucher des organismes sociaux un revenu de substitution reflétant sa perte d'employabilité pour le vrai niveau, maximal, de son atteinte.
- L'impotence fonctionnelle et l'intensité des douleurs affectent toutes ses conditions d'existence, gênent toute vie personnelle relationnelle et familiale."

Dans un avis du 1<sup>er</sup> mars 2010, les Drs QQ.\_\_\_\_\_ et CCC.\_\_\_\_\_, du SMR, ont exposé notamment ce qui suit :

"L'expertise de type COMAI réalisée le 29.10.2009 est convaincante sur le plan médical. L'avis médical SMR du 4.11.2009 a retenu les empêchements durables de l'assuré entravant son intégration dans l'économie et a suivi les experts dans leurs conclusions sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée. La lettre de l'assuré en date du 21.12.2009 n'annonce ni fait nouveau sur le plan médical ni aggravation de son état de santé.

Le document rédigé à Strasbourg le 28.10.2009 par le Dr BBB.\_\_\_\_\_ ne présente aucun fait nouveau sur le plan médical depuis l'expertise de l'automne 2009 ni aucune aggravation des problèmes de santé pris en compte.

Le courrier daté du 29.08.2008 signé par le Dr ZZ.\_\_\_\_\_ [...] est antérieur à l'expertise COMAI de l'automne 2009, il ne présente aucun fait nouveau ni aucun élément du registre médical qui n'aurait pas été pris en compte par les experts.

Le courrier du Dr O.\_\_\_\_\_ du 14.02.2008 et rédigé à Bruxelles n'apporte aucun élément nouveau.

Le courrier du Dr AA.\_\_\_\_\_, neurologue FMH, daté du 8.04.2008 et rédigé à [...], n'apporte aucun élément nouveau qui n'aurait pas été retenu et pris en compte dans l'expertise COMAI de l'automne 2009.

Le courrier du Dr AAA.\_\_\_\_\_ rédigé à [...] le 10.02.2009 n'apporte aucun élément médical nouveau susceptible de modifier l'appréciation des experts du COMAI et celle du SMR.

Il en est de même du courrier du Dr AAA.\_\_\_\_\_ rédigé à [...] le 24.02.2009.

Les éléments et hypothèses exposé[s] dans le courrier du 30.03.2009 signé par le Prof. VV.\_\_\_\_\_ n'apporte[nt] aucun élément nouveau sur le plan médical.

Le courrier du Dr O.\_\_\_\_\_ daté du 26.08.2005 et rédigé à Bruxelles n'apporte aucun fait nouveau du le plan médical.

Le document médical rédigé à Pristina le 21.07.2005, signé par le Dr SS.\_\_\_\_\_, est rédigé dans une langue que nous ne comprenons pas. La traduction de cette pièce en date du 3.04.2006 n'apporte aucun élément médical nouveau susceptible de modifier l'appréciation du SMR.

La lettre rédigée par le Dr YY.\_\_\_\_\_ en date du 20.02.2008 à Bruxelles n'apporte aucun élément médical nouveau susceptible de modifier l'appréciation du SMR.

Il en est de même du courrier daté du 26.08.2005 qui consiste en un compte-rendu d'IRM signé du Dr N.\_\_\_\_\_ et de la lettre datée du 15.01.2007 signée par la Dresse TT.\_\_\_\_\_ et le Dr UU.\_\_\_\_\_. Ces rapports médicaux ne rendent pas plausible une aggravation de l'état de santé depuis l'avis SMR du 4.11.2009 basés sur l'expertise médicale COMAI du 21.10.2009. Ces documents ne mettent en évidence aucun élément médical que nous aurions ignoré et susceptible de modifier notre appréciation."

Aux termes d'une lettre du 11 mars 2010 adressée au conseil de l'assuré, l'OAI a notamment écrit ce qui suit :

"Par projet d'acceptation de rente du 14.12.2009, nous avons reconnu à votre mandant le droit à une rente entière d'invalidité dès le 26.11.2004, puis à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> septembre 2009 en raison d'un taux d'invalidité de 59 %.

Dans son courrier du 21 décembre 2009, M. I.A.\_\_\_\_\_ conteste sur le plan médical notre position et joint différents rapports médicaux. Dans votre courrier du 23 décembre 2009, vous contestez d'une part le taux d'invalidité retenu, ainsi que sur le plan médical et d'autre part l'abattement retenu pour les limitations fonctionnelles.

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration recueille des renseignements médicaux auprès des médecins consultés par l'assuré et, le cas échéant, fait procéder à des expertises par des médecins neutres. 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.

Nous avons mandaté le COMAI - Centre II.\_\_\_\_\_, à [...] pour une expertise multidisciplinaire.

Dans le rapport d'expertise du 21.10.2009, les limitations sur le plan physique sont dues aux douleurs et aux effets secondaires des médicaments. Au plan psychique et mental, aucune atteinte incapacitante n'est relevée.

La capacité de travail de M. I.A.\_\_\_\_\_ dans une activité adaptée est de 100 %, avec une diminution du rendement de 50 % dès le 5 juin 2009.

La lettre M. I.A. \_\_\_\_\_ en date du 21.12.2009 n'annonce ni fait nouveau sur le plan médical ni aggravation de son état de santé."

L'OAI a en outre considéré, en se fondant sur l'avis des médecins du SMR, que les observations figurant dans les documents médicaux produits ne mettaient en évidence aucun élément médical susceptible de modifier son appréciation.

L'office a en outre mentionné ce qui suit :

"S'agissant du revenu d'invalidé, nous avons tenu compte d'un abattement de 10 % compte tenu des limitations de M. I.A. \_\_\_\_\_. Nous relevons que nous avons déjà tenu compte de diminution de rendement de 50 %, compte tenu des limitations fonctionnelles. Dans ce contexte, nous avons admis que les limitations liées au handicap ont déjà été prises en compte de manière importante lors de l'appréciation de la capacité de travail et/ou du rendement et qu'il ne se justifiait pas dans ce contexte d'en tenir compte une nouvelle fois dans le cadre de l'abattement (Arrêt du Tribunal [fédéral] du 23 janvier 2004, I 785/02).

Compte tenu de ce qui précède, votre contestation du 21 et 23 décembre 2009 ne nous apporte aucun élément susceptible de modifier notre position. Vous recevrez prochainement, ainsi que votre mandant, la décision formelle conforme au projet du 14.12.2009, contre laquelle il vous sera loisible de recourir dans les 30 jours."

Par décision rendue le 17 mars 2010, l'OAI a confirmé son projet du 14 décembre 2009 et reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2004, puis à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> septembre 2009 (après trois mois), pour les mêmes motifs que ceux figurant dans le projet précité.

**B.** Par acte réceptionné le 6 mai 2010 au greffe de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, I.A. \_\_\_\_\_, agissant seul, a notamment pris les conclusions suivantes :

"DIRE ET JUGER que Monsieur I.A. \_\_\_\_\_ doit bénéficier d'un degré d'invalidité de 100%[,]

DIRE ET JUGER qu'il devra bénéficier en conséquence d'une décision de rente entière d'invalidité compter du 01/12/2004,

DIRE ET JUGER que Monsieur I.A. \_\_\_\_\_ est impotent et a besoin d'une tierce personne conformément aux dispositions des Art.42 al[.] 2, 42<sup>3</sup> al[.] 1 et 37 RAI (RS 831.201)[,]

DIRE ET JUGER que Madame B.A. \_\_\_\_\_ est cette tierce personne[,]

ET :

DIRE ET JUGER que Madame B.A. \_\_\_\_\_ devra recevoir à compter du 1<sup>o</sup> avril 2006 une allocation sous forme de rente mensuelle de CHF 1.000 en raison du fait que M. I.A. \_\_\_\_\_,

EN OUTRE :

CONDAMNER [I]'OAI à verser au présent recourant [M]onsieur I.A. \_\_\_\_\_ la somme de CHF 7'500 à titre de dépens ainsi qu'en tous les frais de la présente instance."

Aux termes de cette écriture, l'assuré conteste pour l'essentiel la capacité de travail retenue par les experts du Centre II. \_\_\_\_\_. Il produit en outre un lot de pièces se rapportant aux phases antérieures de la procédure.

Sous la plume de son conseil, le recourant a conclu le 7 mai 2010, avec dépens, à l'annulation de la décision de l'OAI du 17 mars 2010 et à la constatation de son droit à une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2009, la période antérieure n'étant pas contestée. Il a préalablement requis l'audition du Dr AA. \_\_\_\_\_ ainsi que celle des experts du Centre II. \_\_\_\_\_. Il soutient en substance qu'il n'est pas en mesure d'exercer d'activité mono-manuelle et considère que des investigations doivent être menées afin que les médecins qui l'ont examiné puissent être entendus et puissent confirmer son incapacité, en raison de ses douleurs, à maintenir au-delà de quelques minutes une concentration quelconque, nécessaire dans toute activité lucrative. Il critique également le calcul de la perte de gain effectué par l'OAI, contestant en particulier les statistiques sur lesquelles l'office s'est fondé. Il estime qu'il y aurait tout au plus lieu d'envisager un salaire de 3'000 fr. par mois en tant que revenu d'invalidé pour une activité mono-manuelle simple, soit 1'500 fr. par mois ou 18'000 fr. par an pour un 50%, et qu'il y aurait en outre lieu d'opérer sur ce montant une déduction de 25% correspondant au maximum admis par la jurisprudence, dans la mesure où ses problèmes physiques - avec les douleurs qu'ils engendrent - sont à

l'origine de troubles importants de la concentration. Il en déduit que c'est un salaire annuel maximum de 13'500 fr. qu'il pourrait théoriquement réaliser dans un marché du travail qu'il qualifie d'utopique. Comparé au revenu sans invalidité de 67'650 fr., il obtient un taux d'invalidité de 80% lui donnant droit à une rente entière. En annexe, sont produits plusieurs documents figurant déjà au dossier ainsi que notamment les pièces suivantes :

- une lettre du 2 juin 2008 dans laquelle le Dr NNN.\_\_\_\_\_, anesthésiste, précisait ne pas avoir effectué d'anesthésie générale ou locorégionale sur la personne du recourant lors de l'intervention chirurgicale du 22 septembre 2004 ;

- une lettre du 9 juin 2008 du Dr K.\_\_\_\_\_, indiquant que l'anesthésie veineuse régionale pratiquée lors de l'intervention du 22 septembre 2004 avait été effectuée par l'infirmière anesthésiste III.\_\_\_\_\_.

Dans sa réponse du 7 juillet 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours. L'office estime notamment que dans un marché équilibré du travail, il existe nombre d'activités pouvant être effectuées malgré le handicap présenté et que du reste le recourant, droitier, a conservé l'usage de son bras dominant. L'intimé maintient en outre le calcul de l'invalidité effectué et relève avoir retenu un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles en plus de la diminution de rendement de 50%.

Aux termes de sa réplique réceptionnée au greffe le 26 août 2010, le recourant, agissant désormais seul, a maintenu ses conclusions. Il a en outre requis la mise en œuvre d'une expertise médicale et sollicité l'audition des Drs YY.\_\_\_\_\_, O.\_\_\_\_\_, AA.\_\_\_\_\_, ZZ.\_\_\_\_\_ et BBB.\_\_\_\_\_. En annexe, est joint un rapport rédigé en portugais le 16 juin 2010 par le Dr DDD.\_\_\_\_\_, à Chaves, et sa traduction en langue française.

Dans sa duplique du 11 novembre 2010, l'OAI a maintenu ses conclusions.

Le dossier de la CNA a été produit.

Les parties ont eu l'occasion de se déterminer sur celui-ci.

**C.** Mandaté expert dans le cadre de la procédure judiciaire opposant I.A.\_\_\_\_\_ à la CNA, le Prof. HHH.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, a établi son rapport le 9 juillet 2014. Il en résulte notamment ce qui suit :

#### **"4. Diagnostics et appréciation :**

Sur la base des différents documents qui ont été consultés je peux retenir les diagnostics suivants ; avec les dates ou périodes auxquelles ils ont été posés.

- Status après-traumatisme du poignet gauche avec contusion du carpe le 26 novembre 2003
- Syndrome du tunnel carpien, post-contusionnel irritatif du poignet gauche avec atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien début février 2004.
- Kyste radio palmaire téno ou arthrosynovial du poignet gauche post-traumatique le 23 août 2004
- Status post-révision excision d'un kyste arthrosynovial et débridement en radio-scaphoïde locale avec décompression du nerf médian au canal carpien à gauche le 22 septembre 2004
- Algodystrophie du poignet et de la main gauche de stade I et II en début d'année 2005
- Brachialgie gauche secondaire à une probable algoneurodystrophie en automne 2005
- Brachialgie gauche avec lésion du nerf axillaire et nerf thoracique long d'origine indéterminée fin 2006
- Syndrome douloureux de l'hémicorps gauche début 2007
- Troubles somatoformes début 2008
- Syndrome de douleur régionale complexe (SDRC) de type II sur lésion traumatique du plexus axillaire gauche le 21 octobre 2009
- Plexopathie sensitivomotrice axonale du plexus brachial gauche d'origine vraisemblablement iatrogène du 21 octobre 2009
- Neuropathie bilatérale discrète des nerfs médians dans le canal carpien (21 octobre 2009)
- Trouble anxieux et dépressif mixte (21 octobre 2009).

Les différents examens neurologiques que le recourant a eu[s] suite à son traumatisme du 26 novembre 2003 et surtout suite à l'intervention du 22 septembre 2004 mettent clairement en

évidence une atteinte neurologique du nerf médian au niveau du canal carpien gauche dans un premier temps (suite au traumatisme de novembre 2003) avec une persistance d'une atteinte du nerf médian après l'intervention de septembre 2004, une importante limitation fonctionnelle de sa main gauche dans la période postopératoire, mais surtout une évolution défavorable avec aggravation et extension des douleurs à l'ensemble de l'hémicorps gauche, d'étiologie indéterminée, mais avec des signes d'atteinte diffuse du plexus brachial à gauche confirmée par plusieurs examens neurologiques ou radiologiques.

Si le recourant semble revendicateur envers le monde médical, s'estimant trompé et incompris, il est resté toutefois très demandeur d'un diagnostic précis et d'une thérapie adéquate lors de ses nombreuses consultations médicales.

**5. a) Parmi les atteintes actuelles du recourant lesquelles sont-elles en relation de causalité avec l'accident du 26 novembre 2003 ou avec les traitements que cet événement a nécessité ? Cette éventuelle relation de causalité doit elle être qualifiée de certaine probable ou possible ?**

Si l'accident du 26 novembre 2003 est une première cause anamnestique des douleurs au niveau de son poignet gauche et d'atteinte notamment du nerf médian, il est beaucoup plus vraisemblable que les atteintes actuelles du recourant soient en relation avec l'intervention du 22 septembre 2004. Je qualifierais cette relation de causalité avec l'accident du 26 novembre de possible.

**b. Pour quels motifs ?**

Il semble clairement établi que c'est suite à l'intervention chirurgicale du 22 septembre 2004 que la symptomatologie présentée par le patient apparaît. Le recourant a toujours exprimé avoir eu des douleurs pendant l'intervention chirurgicale sous bloc intraveineux et les douleurs au niveau axillaire s'aggravent dans les heures qui suivent l'intervention et s'étendent vers le pectoral puis tout le membre supérieur gauche. Ses douleurs ne vont que s'aggraver dans les jours qui suivent l'intervention, malgré les traitements médicamenteux qui lui sont prescrits et entraînant une impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche persistante.

Malgré les différents avis contradictoires des spécialistes quant à l'origine des douleurs et du tableau clinique présenté, tant une algodystrophie de stade I à II qu'une lésion organique du plexus brachial par atteinte cytotoxique sont évoqués. Plusieurs évaluations neurologiques et électroneuromyographiques ont conclu à l'existence des signes objectifs en faveur d'une atteinte du plexus brachial gauche, ce qui aurait été confirmé par une résonance magnétique effectuée à Bruxelles le 26 août 2005. Cette symptomatologie n'était pas présente ni avant l'accident du 26 novembre 2003, ni après, mais clairement dans les suites postopératoires immédiates avec aggravation, persistance et chronicisation par la suite.

**6. En cas de réponse affirmative à la question précédente ces troubles sont-ils dus exclusivement à l'accident du 26 novembre 2003 ou sont-ils dus aussi, en partie - de façon certaine, probable, seulement possible ou exclue (prière de choisir cette échelle et de motiver) à des facteurs étrangers à cet accident ?**

Ces troubles ne sont certainement pas dus exclusivement à l'accident du 26 novembre 2003, mais sont dus de façon certaine à des facteurs étrangers à cet accident, soit aux suites de l'intervention que le recourant a subie le 22 septembre 2004.

**Dans cette seconde hypothèse:**

**a. Quels sont ces facteurs ?**

**b. Dans quelle mesure, en pour cent les troubles de la santé sont-ils dus à l'accident du 26 novembre 2003 et dans quelle mesure sont-ils dus, en pour cent à des facteurs étrangers ?**

a) Ces facteurs étrangers à cet accident sont à l'évidence liés à l'intervention (anesthésie comprise) du 22 septembre 2004. Par contre, il est difficile d'en connaître la typologie exacte. Le recourant a-t-il eu oui ou non un complément d'anesthésie par infiltration au niveau du plexus axillaire?

b) Je qualifierais les troubles de santé qui seraient dus à l'accident du 26 novembre 2003 à 5% et donc à 95% à des facteurs étrangers, vraisemblablement en relation avec la prise en charge du 22 septembre 2004.

**7. L'ensemble des troubles consécutifs à l'accident présentés par le recourant sont-ils de nature à empêcher une activité professionnelle et engendrent-ils une incapacité totale ou partielle de travail ?**

Les troubles présentés par le recourant seraient consécutifs à l'intervention du 22 septembre 2004, elle-même justifiée suite à l'événement du 26 novembre 2003, partiellement en tout cas. Sur la base des différents dossiers remis par le Tribunal cantonal, des expertises médicales, des différents rapports d'examens du recourant, des examens neurologiques ou radiologiques, et des autres éléments qui figurent dans le dossier juridique, les troubles présentés par le recourant réduisent certainement les possibilités d'activités professionnelles sans toutefois l'en empêcher complètement, selon la nature de l'activité. Ces troubles actuels engendrent très certainement une importante incapacité de travail.

**En cas d'incapacité partielle, selon quel taux en pourcent, pour quel motif et depuis quand jusqu'à la date de la décision attaquée du 5 septembre 2008 et depuis lors ?**

Toujours sur la base de l'important dossier à disposition, un taux de réduction de travail de plus de 50% paraît tout à fait réaliste en raison de la lésion du plexus brachial gauche qui a entraîné des douleurs chronique[s] limitant clairement toute activité professionnelle ou non professionnelle. Cette réduction de travail d'au moins 50% vraisemblablement de 60-70% est à considérer depuis les suites opératoires du 22 septembre 2004.

**Au cas où ces troubles engendreraient une incapacité de travail totale ou partielle dans sa profession habituelle, quels sont les types d'activités professionnelles adaptées qu'il pourrait exercer, à quel taux, pour quels motifs et depuis quand jusqu'à la date de la décision attaquée du 5 septembre 2008 et depuis lors ?**

Sa profession de manutentionnaire n'est à l'évidence plus du tout envisageable car entraînerait alors une incapacité de travail totale. Sans être un spécialiste de la médecine du travail ou de l'emploi, il devrait exister des activités professionnelles adaptées à « l'infirmité » dont souffre le recourant, mais qui devrait justifier une réorientation professionnelle totale avec une nouvelle formation. Compte tenu des douleurs qui surviennent à tout moment, et selon les mouvements volontaires ou involontaires du recourant, ce taux de capacité au travail ne pourrait vraisemblablement pas dépasser 40%. Les motifs sont toujours en relation avec l'atteinte dont souffre le recourant et qui sont exposés plus haut et dans les expertises qui ont déjà été conduites.

**Compte tenu des seules séquelles accidentelles, le recourant subit-il une atteinte à son intégrité ? Veuillez quantifier celle-ci.**

Les séquelles de l'accident survenu le 28 [recte : 26] novembre 2003 sont relatives par rapport à celles qui se sont présentées après l'intervention du 22 septembre 2004. L'atteinte à l'intégrité corporelle du recourant est certaine, mais difficilement quantifiable sinon qu'elle entraîne une souffrance physique depuis fin septembre 2004, accompagnée d'une souffrance psychique liée d'une part aux douleurs quasi permanentes ou pouvant survenir à tout moment et d'autre part la longue procédure asséurologique et juridique qui contribuent certainement à l'atteinte de son intégrité. Toutefois, le recourant ne semble pas souffrir d'un trouble psychique spécifique mais plutôt d'un syndrome anxio-dépressif modéré.

[...]

**Question de l'intimée :**

**Parmi les affections de l'assuré lesquelles sont-elles de nature organique et lesquelles de nature psychique ?**

Les lésions du plexus brachial sont clairement d'origine organique avec répercussion sur tout le membre supérieur gauche et extension au niveau de la nuque, le coup et la tête, ainsi que le membre inférieur gauche, en somme potentiellement toutes les parties motrices et sensibles de l'hémicorps gauche. Le syndrome anxio-dépressif qui a été considéré comme modéré serait mixte, de nature organique et de nature psychique contrairement aux revendications agressives et persécutatoires du recourant qui sont d'ordre psychique. Les douleurs décrites par le recourant sont avant tout de nature organique, une partie du ressenti pouvant être toutefois considéré comme de nature psychique, notamment au moment de certaines exacerbations.

**L'intervention chirurgicale subie par le recourant le 22 septembre 2004 a-t-elle entraîné une lésion du système nerveux périphérique de l'assuré (relativement au plexus brachial par exemple) de manière certaine, probable ou seulement possible ? Pour quel motif ?**

Les lésions au plexus brachial gauche sont à mettre en relation de manière hautement probable avec l'intervention du 22 septembre 2004. Pour être affirmatif, il faudrait toutefois que les responsables médicaux et paramédicaux de l'intervention du 22 septembre 2004 s'accordent avec le recourant concernant l'injection complémentaire qui aurait eu lieu au niveau du creux axillaire et qui pourrait clairement expliquer les troubles présentés dans la période postopératoire immédiate par le recourant, en supposant qu'il y ait eu une lésion directe, vraisemblablement d'origine chimique ou cytotoxique. Toutefois et selon les éléments à disposition dans les dossiers, seul le recourant affirme qu'une injection complémentaire aurait été faite à ce niveau, mais je n'ai pas vu de document dans lequel les intervenants participant à l'intervention du 22 septembre 2004 niaient formellement ce complément d'anesthésie. Les différents rapports médicaux et principalement neurologiques, (même s'ils sont parfois contradictoires) tout comme les expertises et notamment celle du 21 octobre 2009 (Centre II. \_\_\_\_\_), convergent vers une atteinte du plexus brachial dont l'origine ne pourrait être que l'intervention du 22 septembre 2004."

Se déterminant sur cette expertise le 19 janvier 2015, l'OAI se réfère notamment un avis médical du 12 janvier 2015 établis par les Drs QQ. \_\_\_\_\_ et GGG. \_\_\_\_\_, du SMR. Aux termes de cet avis, ces médecins relèvent en particulier qu'il n'y a pas d'éléments nouveaux depuis l'expertise du Centre II. \_\_\_\_\_ de 2009, mais que les empêchements secondaires aux douleurs ou aux effets secondaires des médicaments ont pu augmenter avec le temps, l'expert HHH. \_\_\_\_\_ n'avançant toutefois aucun argument objectif d'une aggravation depuis 2009 bien que le traitement antalgique ait pu être modifié. Ils ajoutent que, le recourant conduisant toujours son véhicule automobile, il ne semble s'agir que de l'appréciation différente d'une situation similaire.

En date du 23 février 2015, la juge instructeur a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 13 février 2015, dans une mesure limitée à la désignation d'un avocat d'office en la personne de Me Razi Abderrahim.

Prenant position le 1<sup>er</sup> juin 2015, le recourant, par son conseil, soutient que l'expertise du Prof. HHH. \_\_\_\_\_ a valeur probante et qu'il y a lieu de retenir une capacité de travail de 40%.

Dans son écriture du 17 juin 2015, l'OAI a confirmé sa position.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (cf. art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

**b)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

**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 et les références ; cf. ég. TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2 et 9C\_197/2007 du 27 mars 2008 consid. 1.2).

**b)** En l'occurrence, le litige porte uniquement sur le droit du recourant à continuer à percevoir une rente entière d'invalidité au lieu d'une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> septembre 2009.

En revanche, dès lors qu'elles ne font pas l'objet de la décision attaquée, les conclusions du recourant tendant à l'octroi d'une aide en la personne de son épouse et à la rétribution de celle-ci sont irrecevables.

Par ailleurs, pour la période précédant le mois de septembre 2009, l'intimé a reconnu le droit du recourant à une rente entière d'invalidité, ce qui ne prête pas flanc à la critique au regard des pièces médicales au dossier. Il n'y a donc pas lieu de revenir plus avant sur la question. En outre, le recourant ne conteste pas, à juste titre, la fixation du début du droit à la rente au 1<sup>er</sup> décembre 2004.

**3. a)** Le bien-fondé d'une décision d'octroi d'une rente temporaire doit être examiné au regard des conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. notamment TF 9C\_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2, 8C\_104/2009 du 14 décembre 2009 consid. 2 et 8C\_180/2009 du 8 décembre 2009 consid. 3).

**b)** En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et, partant, le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en

soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343, consid. 3.5 et les références). La question de savoir si un tel changement s'est produit doit être appréciée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances prévalant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; cf. TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références).

En cas d'allocation d'une rente échelonnée ou temporaire, la date de la modification du droit doit être fixée conformément à l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), ici applicable dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011. En vertu de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. L'art. 88a al. 2 RAI prévoit quant à lui que si l'incapacité de gain s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, le droit aux prestations de l'assuré dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

**4.** 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 (cf. 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 (cf. art. 7

LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (cf. art. 6 LPGA).

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 ; cf. anciennement art. 28 al. 1 et 29 al. 1 let. b LAI).

**5. a)** 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; cf. TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

**b)** Le juge des assurances sociales 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. Cependant, 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 peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; cf. VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc ; cf. TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (cf. TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2). S'agissant des rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées).

Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge des assurances sociales 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5 et 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1).

**6. a)** Sur le plan psychiatrique, les Drs OO.\_\_\_\_\_ et PP.\_\_\_\_\_ ont posé le diagnostic incapacitant de trouble somatoforme sans précision (cf. rapport d'expertise du 25 février 2008 p. 8). Les experts du Centre II.\_\_\_\_\_ n'ont quant à eux pas retenu ce diagnostic, considérant qu'il existait un substrat somatique neurologique bien présent. Les experts ont en outre relevé qu'il n'existait aucun signe de non organicité selon Waddell, bien que ces derniers aient été scrupuleusement recherchés. Ils ont uniquement posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de trouble anxieux et dépressif mixte (cf. rapport d'expertise du 21 octobre 2009 pp. 24 s., 26 et 27). Le recourant n'est d'ailleurs pas suivi par un psychiatre.

Aucun trouble psychique invalidant ne doit dès lors être retenu.

**b)** Sur le plan somatique, les experts du Centre II.\_\_\_\_\_, dans leur rapport d'expertise du 21 octobre 2009 (p. 27), ont posé le diagnostic ayant des répercussion sur la capacité de travail de plexopathie sensitivomotrice axonale du plexus brachial gauche d'origine vraisemblablement iatrogène dans les suites d'une infiltration anesthésique lors d'un bloc axillaire, confirmant ainsi le diagnostic posé par le Dr O.\_\_\_\_\_ (cf. rapports des 26 août 2005, 13 décembre 2007 et 13 février 2008) et, après lui, par le Prof. VV.\_\_\_\_\_ et les Drs WW.\_\_\_\_\_ et XX.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 30 mars 2007) ainsi que par les Drs AA.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 8 avril 2008, ZZ.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 29 août 2008) et AAA.\_\_\_\_\_ (cf. rapports des 10 et 24 février 2009) notamment. De même, le Prof. HHH.\_\_\_\_\_ a posé un diagnostic similaire (cf. rapport d'expertise du 9 juillet 2014 p. 3).

Ce diagnostic n'est d'ailleurs - et à juste titre - pas mis en cause par le recourant.

S'agissant de la capacité de travail, les experts du Centre II.\_\_\_\_\_ ont estimé que le recourant ne pouvait plus travailler dans son ancienne activité de manutentionnaire mais que, dans une activité mono-

manuelle droite, il pouvait travailler à 50% pour tenir compte de ses douleurs et des médicaments qu'il devait prendre. Sur le plan de l'efficacité, ils ont considéré préférable de retenir une capacité pleine avec une diminution de rendement à 50% (cf. rapport d'expertise du 21 octobre 2009 p. 26 et 28 s.). Pour estimer cette capacité de travail, les experts se sont fondés sur l'examen du dossier ainsi que sur les examens clinique et complémentaire qu'ils ont effectués.

Le Prof. HHH.\_\_\_\_\_ a quant à lui estimé que les troubles présentés par le recourant réduisaient certainement les possibilités d'activités professionnelles sans toutefois l'en empêcher complètement, selon la nature de l'activité. Il a estimé qu'un taux de réduction de travail de plus de 50% paraissait tout à fait réaliste en raison de la lésion du plexus brachial gauche qui entraînait des douleurs chroniques limitant clairement toute activité professionnelle ou non professionnelle, cette réduction de travail d'au moins 50% et vraisemblablement de 60-70% étant à considérer depuis les suites opératoires du 22 septembre 2004. Après avoir exposé qu'il devait exister des activités professionnelles adaptées à « l'infirmité » du recourant, mais qui devraient justifier une réorientation professionnelle totale avec une nouvelle formation, le Prof. HHH.\_\_\_\_\_ a estimé que compte tenu des douleurs qui survenaient à tout moment, et selon les mouvements volontaires ou involontaires du recourant, ce taux de capacité au travail ne pourrait vraisemblablement pas dépasser 40% (cf. rapport d'expertise du 9 juillet 2014 p. 5).

L'appréciation de la capacité de travail par l'expert HHH.\_\_\_\_\_ n'est ainsi pas très claire ou quelque peu imprécise puisque ce médecin mentionne à la fois une incapacité de travail d'au moins 50% tout en retenant finalement un taux inférieur. En outre, il n'explique pas pour quelles raisons il se distancie de l'appréciation des experts du Centre II.\_\_\_\_\_. Il ne mentionne pas d'aggravation de l'état de santé du recourant, estimant au contraire que cette capacité de travail est la même depuis le 22 septembre 2004. Au regard de ces carences, la Cour de céans ne voit dès lors pas de motifs de s'écarter de l'évaluation de la capacité de travail telle qu'effectuée par les experts du Centre II.\_\_\_\_\_. Attendu en

outre que les douleurs ressenties par l'assuré peuvent survenir à tout moment, que les mouvements soient volontaires ou non, il apparaît mieux correspondre aux possibilités du recourant de retenir une diminution de rendement de 50% sur un taux de 100% plutôt qu'un taux de 50% sans diminution de rendement.

Quant aux autres rapports médicaux, comme le relève le SMR (cf. avis médical des Drs QQ. \_\_\_\_\_ et CCC. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mars 2010), ils ne mettent pas en doute l'appréciation du Centre II. \_\_\_\_\_ dans la mesure où ils n'expliquent pas les motifs pour lesquels ils s'en écartent.

Force est dès lors de retenir que le recourant présente une capacité de travail de 100% avec un rendement réduit à 50%.

**7. a)** 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 règle ordinaire, 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; cf. TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

**b)** La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (cf. ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 et 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer

l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre (cf. Pratique VSI 6/1998 p. 293 consid. 3b et les références citées). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore 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, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (cf. TF 8C\_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2, 9C\_446/2008 du 18 septembre 2008 et 9C\_236/2008 du 4 août 2008 ; cf. TFA I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3 ; cf. Pratique VSI 6/1999 p. 246 consid. 1 et les références citées).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (cf. TF 9C\_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

En l'occurrence, on peut raisonnablement attendre du recourant qu'il change d'orientation professionnelle pour rechercher une activité adaptée à son état de santé, possibilité dont il dispose théoriquement sur un marché du travail équilibré ; il y est d'ailleurs tenu en vertu de son obligation de diminuer le dommage. Sur le marché du travail entrant en considération pour le recourant, on doit convenir qu'il existe un certain nombre d'activités qui ne nécessitent pas l'utilisation des

deux mains, partant qui sont adaptées à son état de santé. On peut ainsi évoquer des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle, ou d'autres qui consistent à approvisionner et à surveiller des machines ou des unités de production automatiques ou semi-automatiques (cf. TFA I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 5.3.1 et références citées).

**c)** Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; cf. TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; cf. TF 9C\_409/2009 du 11 décembre 2009 consid. 3.1 et I 1034/2006 du 6 décembre 2007 consid. 3.3.2.1).

En l'espèce, ce salaire a été calculé sur la base des informations données par l'employeur le 26 novembre 2009, à savoir 67'650 fr. ( $\{4'950 \text{ fr.} \times 13\} + \{250 \text{ fr.} \times 12\} + 300 \text{ fr.}$ ). Ce montant n'est à juste titre pas contesté par le recourant.

**d)** Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence, comme en l'espèce, d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; cf. TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou

valeur centrale (cf. ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; cf. TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; cf. VSI 1999 p. 182).

**aa)** En l'occurrence, le salaire de référence retenu par l'intimé correspond au niveau de qualification 4, soit déjà au niveau salarial le plus bas. Ce revenu est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, 4'806 fr. par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (ESS 2008, TA1, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,6 heures [La Vie économique, 6-2011, p. 94, tableau B 9.2]), le revenu mensuel s'élève à 4'998 fr. 24 ( $4'806 \text{ fr.} \times 41,6 / 40$ ), ce qui donne un salaire annuel de 59'978 fr. 88. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (2009 : + 2.1% [La Vie économique, 10-2011, p. 99, tableau B 10.2]), on obtient un revenu annuel de 61'238 fr. 44 dont le 50% est égal à 30'619 fr. 22.

**bb)** Le montant résultant des statistiques peut encore faire l'objet d'une réduction dépendant de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (cf. ATF 126 V 75 consid. 5a/bb et les références citées ; voir également TFA I 848/05 du 29 novembre 2006 consid. 5.3.3). Toutefois, lorsque l'assuré est apte à travailler à plein temps, mais avec un rendement diminué, cette diminution de rendement est prise en compte dans la fixation de l'incapacité de travail. En principe, il n'y a pas lieu d'opérer en plus un abattement lié au handicap (cf. TF 9C\_40/2011 du 1<sup>er</sup>

avril 2011 consid. 2.3.1, 8C\_827/2009 du 26 avril 2010 consid. 4.2.1, 9C\_980/2008 du 4 mars 2009 consid. 3.1.2, 8C\_765/2007 du 11 juillet 2008 consid. 4.3.3, 9C\_344/2008 du 5 juin 2008 consid. 4 et I 69/07 du 2 novembre 2007 consid. 5.1). En revanche, un abattement à raison d'autres circonstances est admissible dans la limite maximale de 25% (cf. TF 8C\_585/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.3).

Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. 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, dans un cas concret, 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. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25% serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2).

Dans le cas présent, les experts estiment que le recourant, droitier, est apte à travailler à 100% dans une activité mono-manuelle droite mais avec un rendement réduit à cause des douleurs ressenties dans le membre supérieur gauche et des médicaments. Il n'est en revanche pas tenu compte du fait qu'il est plus difficile de trouver un emploi dans une activité mono-manuelle et que le recourant sera désavantagé sur le plan salarial. Compte tenu de ces circonstances, un abattement de 15% apparaît justifié, le taux de 10% retenu par l'OAI étant insuffisant.

**cc)** Le salaire sans invalidité est ainsi de 26'026 fr. 34 (30'619 fr. 22 - [30'619 fr. 22 x 15%]).

**e)** La perte de gain est dès lors de 61,53% ( $\frac{67'650 \text{ fr.} - 26'026 \text{ fr.} 34}{67'650 \text{ fr.}}$ ).

Le recourant a ainsi droit à un trois-quart de rente.

**8.** Le dossier étant complet, il n'y a pas lieu d'ordonner les compléments d'instruction requis par le recourant. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

**9. a)** En conséquence, dans la mesure où il est recevable, le recours doit être partiellement admis et la décision rendue le 17 mars 2010 par l'OAI réformée en ce sens que le recourant a droit à un trois-quart de rente dès le 1<sup>er</sup> septembre 2009.

**b)** Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens partiels dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 10 et 11 TFJDA§ [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; 173.36.5.1]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens partiels à 1'500 fr., à la charge de l'intimé qui succombe (cf. art. 55 al. 2 LPA-VD). Ce montant correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire, celle-ci ayant été accordée au recourant avec effet au 13 février 2015. Partant, il n'y a pas lieu de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant.

Les frais de justice, par 400 fr., sont mis par moitié à la charge du recourant et par moitié à celle de l'OAI (cf. art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI ; cf. art. 49 al. 1 et 51 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Dans la mesure où il est recevable, le recours est partiellement admis.
- II. La décision rendue le 17 mars 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le recourant a droit à un trois-quart de rente dès le 1<sup>er</sup> septembre 2009.
- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à l.A. \_\_\_\_\_ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.
- IV. Les frais de justice sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud à raison de 200 fr. (deux cent francs) et à la charge d'l.A. \_\_\_\_\_ à raison de 200 fr. (deux cent francs).

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Razi Abderrahim (pour I.A. \_\_\_\_\_),
- 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 :