

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 septembre 2013

---

Présidence de M. MERZ

Juges : Mme Di Ferro Demierre et M. Berthoud, assesseur

Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.**\_\_\_\_\_, à Eclépens, recourant, représenté par Me Olga Collados Andrade, avocate à Lucens,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8, 16 et 44 LPGA; 4 al. 1, 28 et 28a al. 1 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1957, ressortissant portugais, sans formation professionnelle, a travaillé en Suisse d'abord de 2002 à 2004 comme aide-vigneron, puis à un taux de 100% comme opérateur/conducteur de machines dans une entreprise de plastique (N.\_\_\_\_\_). A temps partiel (environ 5 heures par semaine), il a aussi exercé une activité comme nettoyeur depuis 2004. Il a d'abord été au bénéfice d'un permis de séjour L, puis dès l'année 2005 d'un permis B (CE/AELE).

**B.** En mai 2004, l'assuré a déposé une première demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) en faisant valoir une surdité comme atteinte à la santé. Il demandait le financement d'un appareil acoustique comme prestation. Selon le rapport du 3 juin 2004 du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste ORL, l'assuré présentait une cophose gauche probablement sur surdité brusque à la suite d'un état grippal ainsi qu'une légère hypoacousie de perception dans les fréquences aiguës à droite. L'ensemble des facteurs socio-émotionnels, professionnels et des critères audiolinguistiques donnait un total de 62 points, ce qui sous-entendait un appareillage de niveau 2.

Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a rédigé le 29 septembre 2004 un rapport d'expertise postprothétique à l'intention de l'OAI. En conclusion, il arrivait à un total de 17 points sur 18, ce qui sous-entendait que l'appareillage effectué était « tout à fait bon ». Il retenait notamment que l'assuré se disait très content de l'amélioration de l'audition obtenue grâce à la prothèse acoustique qui lui permettait de bien comprendre ses interlocuteurs, que ce soit dans le calme ou dans le bruit.

Par décision du 26 octobre 2004, l'OAI avait alors pris en charge les coûts de deux appareils acoustiques.

Le 1<sup>er</sup> septembre 2010, un nouveau rapport d'expertise ORL a été établi par le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste ORL, avec un résultat de 20 sur 20 des points mesurables pour l'oreille droite avec l'appareillage recommandé. Sous remarques, il est retenu « appareillage infructueux à gauche ». Par décision du 8 septembre 2010, l'OAI a octroyé la remise en prêt d'un nouvel appareil acoustique. La perte auditive de l'oreille droite avait augmenté de 22% en 2004 à 40% en 2010, celle de l'oreille gauche était restée à 100%. Selon la fiche d'examen de l'OAI du même jour, l'assuré n'avait pas souhaité un appareil BAHA, qui avait été envisagé, pour l'oreille gauche.

**C.** A la suite d'un accident subi le 13 mars 2007 (bras droit coincé dans une machine au travail), l'assuré a cessé toutes activités professionnelles. Il a présenté une fracture du tiers moyen du cubitus droit et un syndrome du tunnel carpien aigu. Il est droitier.

**a)** La Permanence T.\_\_\_\_\_, dans laquelle l'assuré a eu au moins seize consultations entre le 15 mars 2007 et le 3 juin 2008, et notamment la Dresse D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive et en chirurgie de la main, ont reconnu une incapacité de travail de l'assuré à 100% du 15 mars 2007 au 17 juin 2008.

Le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a retenu comme appréciation dans un courrier du 24 avril 2007, adressé à la Permanence T.\_\_\_\_\_, que l'assuré présentait une neuropathie du nerf médian droit, le plus probablement au niveau du tunnel carpien, prenant les caractéristiques d'une axonotmèse très sévère. Le pronostic était relativement réservé. Pratiquement, il n'y aurait pas de mesure spécifique à envisager pour l'instant, mais compte tenu de la présence d'une douleur à caractère neuropathique, il lui aurait proposé un traitement médicamenteux.

Le 12 juin 2007, la Dresse D.\_\_\_\_\_ a déclaré que l'assuré avait encore incomplètement récupéré la fonction du poignet.

Le 20 août 2007, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et remplaçant du médecin d'arrondissement de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA), a constaté que la situation évoluait défavorablement avec l'apparition d'un syndrome épaule-main en aggravation s'accompagnant d'une décalcification de type algo-dystrophie distale. Par ailleurs, il subsistait des troubles dans le territoire du nerf médian. Il recommandait une prise en charge pour physiothérapie intensive à la Clinique M.\_\_\_\_\_.

**b)** L'assuré a été hospitalisé à la Clinique M.\_\_\_\_\_ à R.\_\_\_\_\_ du 29 août 2007 au 3 octobre 2007. Dans le rapport du 22 octobre 2007 de la Clinique M.\_\_\_\_\_ à l'intention de la CNA, les Drs B.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et O.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont formulé leur appréciation comme suit:

#### « APPRECIATION ET DISCUSSION

1. A 5 mois post-fracture, l'évolution n'est pas favorable. Le patient présente une diminution importante de la mobilité de l'épaule, du coude et du poignet droits. Par contre, la raideur des doigts est en voie d'amélioration et pas majeure. Il nous signale encore une diminution de force de son membre supérieur droit, plus marquée distalement. Le port de charge est déclaré impossible. L'utilisation du membre supérieur droit dans les activités de la vie quotidienne est minimale.

Monsieur C.\_\_\_\_\_ présente des douleurs de deux types: une douleur de tout le membre supérieur droit à environ 5/10 sur l'échelle EVA, qui apparaît lors de tous les efforts ou lors du maintien prolongé de la même position. Le deuxième type de douleurs consiste en des fourmillements dans les premier, deuxième et troisième doigts (le territoire correspondant au nerf médian). Sur le plan antalgique, le patient a été traité par le Dafalgan, anti-inflammatoires, sous substitution de vitamines B et Miacalcic avec un bon effet.

Au status à l'entrée, on relève une amyotrophie importante au niveau du membre supérieur droit, l'épaule présente un tableau de capsulite typique avec une flexion à 110°, et rotation interne spontanée à - 5°. Au niveau du coude, flexum spontané à 10°. Au niveau du poignet, limitation de toutes les amplitudes. La force distale est globalement de M4. Le tableau est compatible avec une algoneurodystrophie du membre supérieur droit.

Les RX du 13.03.2007 montrent une fracture du tiers moyen du radius non déplacée, le 15.03.2007 les RX montrent que le matériel d'ostéosynthèse est bien en place. Sur les RX du 05.07.2007, aspect déminéralisé mais la consolidation de la fracture est bonne. Les RX des 2 mains du 31.08.2007

montrent un aspect déminéralisé moucheté de l'épiphyse distale du radius et cubitus, ainsi que des os du carpe et des épiphyses distales et proximales des métacarpes et des phalanges à droite. La RX de l'épaule droite du même jour montre un aspect discrètement déminéralisé de l'os sous-chondral de la tête humérale, en particulier visible sur l'incidence de Neer.

Du point de vue psychique, la thymie est maintenue avec de bonnes modulations selon les sujets évoqués. Le patient décrit des moments plus difficiles selon l'intensité des douleurs. Il n'y a pas de signe orientant vers un trouble dépressif ou anxieux spécifique, chez un patient plutôt volontaire et positif dans sa réadaptation.

Du point de vue neurologique, le bilan électroclinique réalisé durant le séjour démontre l'existence d'un processus de réinnervation de bonne qualité dans le territoire intrinsèque du médian droit, après lésion aiguë traumatique en mars 2007. Nous proposons de faire un nouveau contrôle ENMG à 3 mois.

Un traitement de Neurontin à doses progressives est introduit durant l'hospitalisation. Cette médication est bien supportée et permet une légère diminution des douleurs neurogènes. A la sortie, le patient prend 3 x 400mg de Neurontin/jour. Il gardera cette dose jusqu'à la consultation chez la Dresse D.\_\_\_\_\_, à qui nous laissons le soin de déterminer si une nouvelle augmentation de la posologie est indiquée.

La physiothérapie a associé des traitements passifs (mobilisation du coude et de l'épaule, étirements musculaires) et actifs (renforcements et mobilisations), associés à des thérapies en groupes.

En ergothérapie, le bilan initial montre une diminution de la flexion-extension du poignet, ainsi que de l'inclinaison radiale et cubitale, de l'écartement et l'enroulement des doigts. Au bilan 400 points, le pourcentage d'utilisation de la main lésée est de 32%, l'item le plus déficitaire étant la force de préhension qui est à 14 %. La dextérité fine est également fortement diminuée (pour plus de détails cf. rapport d'ergothérapie).

En fin de séjour, le patient annonce une amélioration de la mobilité de l'épaule, ce qui permet de meilleures capacités dans les activités de la vie quotidienne. Il peut actuellement se raser et se laver de la main droite, ce qui était impossible avant l'hospitalisation. Il a également plus de facilités pour l'habillage. Le patient se déclare cependant encore limité pour les tâches demandant de la force dans la main droite. Les thérapeutes constatent que le patient peut porter des poids allant jusqu'à 5 kg, mais uniquement pendant quelques secondes. Il reste limité pour le travail au-dessus de la tête en charge, sans être limité pour les travaux légers. Objectivement, amélioration de la mobilité de l'épaule et du coude. L'évaluation objective de la mobilité du poignet et le bilan 400

points n'ont pas pu être réalisés à la sortie, le patient ayant manqué les dernières thérapies.

A la sortie, nous proposons de poursuivre un traitement de physiothérapie ambulatoire, à raison de 4 séances/semaine, dans le but de poursuivre le renforcement musculaire et la mobilisation de l'épaule, du coude et du poignet. Nous proposons d'effectuer un nouvel ENMG de contrôle dans 3 mois. M. C. \_\_\_\_\_ se rendra à la consultation de la Dresse D. \_\_\_\_\_ le 30.10.2007 pour la suite de la prise en charge.

## **2. Du point de vue socioprofessionnel:**

M. C. \_\_\_\_\_ depuis son arrivée en Suisse en 2001 a dans un 1<sup>er</sup> temps travaillé dans l'agriculture, puis en 2004 comme nettoyeur. Depuis le 01.07.2005, il est employé comme opérateur de machines qui fabriquent des articles en matière plastique. Son activité consiste en le chargement, la surveillance et les petites réparations des machines. Actuellement, malgré l'évolution partiellement favorable durant l'hospitalisation, une reprise de cette activité n'est pas possible. L'évolution favorable devrait cependant se poursuivre dans les 3 à 6 prochains mois, et permettre à terme une reprise de son activité professionnelle dans un délai encore difficile à déterminer actuellement.

### **INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE D'OPERATEUR SUR MACHINES**

100% jusqu'au 30.10.2007, à réévaluer. »

Le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès de la Clinique M. \_\_\_\_\_, a déclaré dans un rapport du 11 septembre 2007 que du point de vue psychique il ne retenait « pas de psychopathologie notoire dans les antécédents, ni dans le tableau clinique actuel, chez un patient plutôt volontaire et positif dans sa réadaptation ».

**c)** En date du 7 novembre 2007 et suite à un entretien du 2 novembre 2007 avec un inspecteur de la CNA, l'assuré a signé un nouveau formulaire de demande de prestations AI. Il y a décrit l'atteinte à la santé comme suit: « écrasement poignet droit ».

L'inspecteur de la CNA a retenu d'un entretien du 20 mars 2008 avec l'assuré notamment ce qui suit:

« Juste après notre précédent rendez-vous, M. C. \_\_\_\_\_ a reçu une lettre de Mme le Dr D. \_\_\_\_\_ le priant de reprendre son travail à

but thérapeutique. Il [...] s'est rendu au travail, 2,5h par jour, dès le 21 novembre 2007. Depuis, il respecte cet horaire.

On lui donne de petits travaux d'étiquetage à faire au dépôt. Il n'a rien à porter.

M. C. \_\_\_\_\_ est content d'avoir pu reprendre un travail. Cela lui change un peu et c'est mieux que de rester à la maison. Par contre, il est frustré de voir à quel point il est handicapé. Avec 9 kg de force à la main droite, il ne peut quasi rien faire, surtout avec les douleurs en plus.

En effet, en sortant de la Clinique M. \_\_\_\_\_, M. C. \_\_\_\_\_ était optimiste en raison des progrès effectués là-bas. Depuis, avec la reprise du travail, son état régresse. Il a de plus en plus mal et la mobilité diminue. »

Le 9 mai 2008, la Dresse D. \_\_\_\_\_ a expliqué dans un rapport médical que les restrictions pouvaient peut-être être réduites par des mesures médicales, soit une intervention chirurgicale dans laquelle il serait procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse.

Le 25 juin 2008, le Dr S. \_\_\_\_\_ a retenu dans un courrier adressé à la Dresse D. \_\_\_\_\_, que bien qu'une limitation de la fonction du membre supérieur droit persiste, une reprise du travail sans fortes sollicitations mécaniques devrait pouvoir être envisagée. Il priait la Dresse D. \_\_\_\_\_ de lui faire part de son appréciation d'ici quelques semaines.

Le 8 juillet 2008, la Dresse D. \_\_\_\_\_ a adressé un courrier au médecin-conseil de la CNA, dans lequel elle a retenu que l'assuré avait été opéré le 15 mars 2007 d'une fracture du tiers moyen du cubitus droit et d'un syndrome du tunnel carpien aigu. Le 17 juin 2008, la clinique a procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Cliniquement, il y aurait une nette amélioration de la symptomatologie du canal carpien ainsi que de la mobilité du poignet. Elle souhaiterait que la CNA organise une reprise de travail progressive pour l'assuré. Elle pensait qu'il pourrait être envisagé une reprise du travail à 50%, pour autant que celui-ci soit adapté, dès le 11 août 2008.

Dans une attestation du 22 juillet 2008, la Dresse D. \_\_\_\_\_ a retenu, sans autre explication, que l'incapacité de travail était

actuellement de 100%, qu'une reprise à 50% était prévue le 18 août 2008 et un prochain contrôle à la clinique début septembre. Dans un certificat médical du même jour à l'intention de la CNA, elle a également déclaré que le travail pourrait être repris à 50% le 18 août 2008.

Du 18 août 2008 au 30 juin 2009, l'assuré a travaillé, respectivement était employé à un taux de 50% en tant que colleur d'étiquettes chez son employeur principal, N.\_\_\_\_\_, et du 18 août 2008 au 25 février 2009 à 50 % comme employé de nettoyage pour l'entreprise au service de laquelle il avait travaillé dans cette fonction depuis 2004.

Le médecin d'arrondissement remplaçant de la CNA, le Dr V.\_\_\_\_\_, a déclaré le 26 août 2008, au vu de l'affirmation de la Dresse D.\_\_\_\_\_, selon laquelle une reprise de travail à 50% dès le 18 août 2008 pouvait être envisagée, que cette reprise n'était médicalement probablement pas possible pour les deux employeurs et au vu du descriptif des postes de travail. Cette capacité de travail n'allait probablement pas non plus augmenter « pour les 2 employeurs » et il n'y aurait pas de traitement susceptible d'améliorer l'état de santé de l'assuré, le cas étant stabilisé. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité n'entraîne probablement pas en ligne de compte.

Dans un rapport du 2 septembre 2008 de la Dresse D.\_\_\_\_\_ à l'intention de l'OAI, elle a retenu comme symptômes actuels une « petite zone d'hypoesthésie au niveau de la paume à droite. Manque de force de la main droite ». Elle a signalé qu'une reprise de l'activité devait être envisagée le 18 août 2008, mais qu'elle n'avait pas revu l'assuré depuis cette occasion. Il demeurerait capable d'exercer des travaux mi-lourds et légers. Les restrictions à prendre en compte consistaient en une proscription de la flexion, du levage et de fréquents ports de charges. L'assuré ne pouvait exercer sa dernière activité à temps plein « car port de trop lourdes charges », mais un travail adapté avec une « manutention de charges moyennes » était possible à temps plein. Une amélioration de l'état de santé serait possible et une amélioration de la capacité de travail

passerait par une réadaptation professionnelle ou « une adaptation du site de travail ». Un réexamen ultérieur de l'assuré ne semblait pas nécessaire.

Dans un courrier du 5 décembre 2008, adressé au médecin-conseil de la CNA, la Dresse D. \_\_\_\_\_ a déclaré ce qui suit:

« Suite à mon courrier du 8 juillet 2008, le patient susnommé a repris un travail à 50% bien qu'il n'occupe pas son poste habituel. En effet, son employeur lui a proposé une place de travail moins lourde. Malgré cette tentative d'adaptation, il se plaint de violentes douleurs au niveau de la main qui est tuméfiée le soir. Il se plaint également d'une douleur sur le bord cubital du bras, en regard de la cicatrice.

Au status, on note une cicatrice fine sur le bord cubital du bras. Présence d'une hernie musculaire à ce niveau et d'un mouvement de dé clic lors de la prono-supination. La force développée à l'instrument de Jamar est d'environ 12 kg. La mobilité du poignet est tout à fait satisfaisante. Le patient décrit avoir récupéré une sensibilité quasi complète.

Le problème de la reprise de travail à son poste habituel et à 100% de ce patient se pose de façon aiguë. En effet, avec une force mesurée à l'instrument de Jamar de 12 kg, il est impossible qu'il manipule des tuyaux de gros volumes et de surcroît lourds. Il nous paraît donc nécessaire d'envisager avec l'entreprise, si possible, un changement définitif de poste de travail. »

Ce même médecin a répondu à l'OAI le 24 décembre 2008 que la capacité de travail était de 0% dans l'activité antérieure, que les limitations fonctionnelles consistaient en une réduction très importante de la force, que la capacité de travail serait de 100% « dès ce jour » dans une activité adaptée.

Le Dr K. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a examiné l'assuré le 4 février 2009. Il a conclu dans son rapport qu'une reprise de l'activité antérieure n'était pas possible, mais qu'il était aussi clair que l'assuré n'était pas réduit à coller des étiquettes à mi-temps. Il lui a ainsi reconnu une pleine capacité de travail « dans toutes sortes d'activités légères ». Selon le Dr K. \_\_\_\_\_, un nouveau séjour à la Clinique M. \_\_\_\_\_ s'imposait, d'autant que l'assuré n'aura probablement pas droit à de véritables mesures de réadaptation professionnelle.

Suite à ce rapport, l'OAI a retenu dans une fiche d'examen du 6 avril 2009 une capacité de travail dans une activité adaptée de 50% dès le 18 août 2008 et de 100% dès le 4 février 2009.

**d)** L'assuré a été hospitalisé une deuxième fois à la Clinique M. \_\_\_\_\_ du 25 février 2009 au 1<sup>er</sup> avril 2009. Le Dr J. \_\_\_\_\_ a retenu dans un rapport du 1<sup>er</sup> avril 2009 que, du point de vue psychiatrique, les observations faites lors du premier séjour et lors du séjour actuel ne révélaient pas de psychopathologie majeure; cependant, le tableau actuel, en début d'hospitalisation révélait des signes anxieux assez marqués chez un patient quelque peu démuni (ne parlant guère le français) et préoccupé par son avenir professionnel. Un traitement [médicamenteux] avait contribué à une bonne évolution de l'état psychique au cours du séjour, avec amélioration nette du trouble du sommeil et diminution du niveau d'anxiété. Au terme du séjour, il persistait cependant des craintes, compréhensibles, quant aux conditions de reprise d'une activité professionnelle.

Dans le rapport final des ateliers professionnels de la Clinique M. \_\_\_\_\_, il a été retenu que l'assuré avait fait preuve d'un comportement volontaire au retour au travail et qu'il avait collaboré activement à l'évaluation en faisant preuve de bonne volonté. La qualité de son travail pouvait être qualifiée de bonne. Pour le tri de pièces électroniques, un rendement de 25% a été constaté et pour la fixation et le retrait de bagues d'arrêt, un rendement de 40%. Pour la création d'une maquette de maison, rien n'a été indiqué au sujet du rendement.

Dans leur rapport du 15 avril 2009, le Dr B. \_\_\_\_\_ précité et la Dresse Z. \_\_\_\_\_, médecin-assistant auprès de la Clinique M. \_\_\_\_\_, ont retenu ce qui suit:

« (...)

Une évaluation des capacités fonctionnelles (mini-ECF) a été réalisée le 25.03.2009. Le score au PACT (appréciation de ses propres capacités fonctionnelles par le sujet) s'élève à 112, correspondant à un niveau d'effort sédentaire ou essentiellement assis. Au vu des résultats réalisés au cours de l'évaluation, on peut mentionner que

le patient sous-estime ses aptitudes fonctionnelles. La volonté de donner le maximum aux différents tests a été incertaine, plusieurs tests étant stoppés par le patient lui-même (autolimitations) et la FC n'a jamais dépassé les 120/min, ce qui témoigne également de la faiblesse de l'effort fourni. Le niveau d'effort est léger (5-10 kg) (Cf rapport).

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

Le patient a travaillé comme opérateur de machines fabriquant des articles de matière plastique. A la fin du premier séjour à la Clinique M.\_\_\_\_\_, nous avons estimé qu'une reprise de cette activité n'était pas possible dans un premier temps. Une reprise à but thérapeutique s'est soldée par un échec en novembre 2007. Le patient n'a pas repris le travail jusqu'en août 2008. Notamment, à partir du 18.08.2008 il colle des étiquettes sur des boîtes dans la même entreprise, à la demi-journée. Nous estimons que l'incapacité de travail comme opérateur de machines est totale et ceci de manière définitive. En revanche, la capacité de travail devrait être complète pour une activité adaptée, notamment sans mouvement répétitif ou de force du bras droit. Le travail actuel du patient semble être plutôt une solution temporaire, et pour cette raison, une évaluation au sein de nos ateliers professionnels a été entreprise. Il a effectué notamment des activités fines, légères, dans une position assise, de durée allant jusqu'à 4 heures. M. C.\_\_\_\_\_ devra pouvoir reprendre un travail adapté après sa sortie, dans le but d'augmenter progressivement son taux d'activité. Une discussion entre l'employeur, le patient et un inspecteur de la Suva devrait être réalisée, dans le but de trouver un poste adapté dans l'entreprise, autre que celui de colleur d'étiquettes, qui semble être plutôt une solution temporaire.

### **En résumé:**

Il s'agit d'un patient de 51 ans, machiniste, qui a présenté une fracture du tiers moyen du cubitus et une compression aiguë du nerf médian droit en mars 2007, traitée par décompression du nerf et ostéosynthèse de la fracture. Ceci s'est compliqué par une algoneurodystrophie. L'évolution a été initialement lentement favorable, sans permettre une reprise de l'activité professionnelle. Une ablation du matériel d'ostéosynthèse a été réalisée en juin 2008, le patient a repris un travail léger à temps partiel, se plaignant toujours de douleurs et d'un manque de force. Lors du séjour actuel, l'EMG montre une excellente évolution du processus de réinnervation dans le territoire du médian droit, qui est achevé. La présence de quelques douleurs de caractère neurogène a motivé la réintroduction du traitement de Neurontin, qui avait été efficace lors du séjour de 2007. Son effet devrait être réévalué dans quelques semaines. Sur le plan psychique, le patient présente un trouble de l'adaptation et des troubles du sommeil, pour lesquels du Reméron a été introduit avec une bonne réponse. La réadaptation intensive n'a pas permis une amélioration notable sur le plan fonctionnel. M. C.\_\_\_\_\_ a présenté des autolimitations en thérapies et sa volonté de donner le maximum en situation de test a été incertaine. Nous estimons que la situation médicale est stabilisée et que sur le plan professionnel, la capacité de travail pour un travail adapté devrait atteindre 100%. En revanche, l'incapacité de travail est totale pour

le travail d'opérateur de machines. Une discussion entre l'employeur, le patient et le responsable Suva est nécessaire pour discuter d'un poste adapté, compte tenu que l'actuel poste est sûrement provisoire. Le patient ne semble pas très motivé à augmenter sa capacité de travail.

Les limitations actuelles sont le travail de force avec le membre supérieur droit, le travail répétitif avec force de la main.

### **INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE D'OPERATEUR DE MACHINES**

- 100% définitivement au 02.04.2009.

### **INCAPACITE DE TRAVAIL POUR UN TRAVAIL ADAPTE**

- 40% dès le 02.04.2009 à augmenter progressivement jusqu'à une capacité de travail complète. »

Par communication du 17 juin 2009, l'OAI a informé l'assuré que les conditions pour une orientation professionnelle étaient remplies.

Dans un rapport du 24 juillet 2009, le Dr K. \_\_\_\_\_ a décrit la situation de l'assuré comme suit:

« (...)

Si on comprenait bien que la reprise de l'activité antérieure n'était pas possible, il était clair également que le patient n'était pas réduit à coller des étiquettes à mi-temps.

Pour ma part, je lui ai reconnu une pleine capacité de travail dans toutes sortes d'activités légères.

Il a fait un nouveau séjour à la Clinique M. \_\_\_\_\_ du 25.02.09 au 1.4.09.

Un examen neurologique avec EMG a confirmé une bonne récupération du nerf médian. Des douleurs résiduelles à caractère neurogène ont motivé la réintroduction d'un traitement de Neurontin®. Un consilium psychiatrique a retenu un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse prédominante et du Remeron® a été prescrit au patient. Celui-ci a paru peu motivé à augmenter sa capacité de travail. On a relevé des autolimitations lors des thérapies et sa volonté de donner le maximum en situation de test a été incertaine. On a conclu que le cas était stabilisé du point de vue médical et que le patient pouvait travailler en plein dans une activité adaptée.

Finalement, le patient a été licencié pour fin juin 2009.

Il est examiné à l'agence en vue de clore le cas.

(...)

**Membre supérieur droit:**

La ceinture scapulaire est équilibrée. Il n'y a pratiquement pas d'amyotrophie de l'épaule droite.

L'épaule droite est souple, largement indolore à la mobilisation. Les signes du conflit sont négatifs.

Les différents tendons de la coiffe des rotateurs sont fonctionnels et leur mise sous tension n'est pas douloureuse.

La mobilité active est complète en élévation et en abduction. La rotation externe, coudes au corps, atteint 30° par rapport à 40° à gauche. En rotation interne, le dos de la main droite vient en contact avec le bas de la colonne dorsale.

Le coude droit a une mobilité complète.

L'avant-bras droit présente une petite hernie musculaire.

Le poignet droit a également une mobilité complète. Seule la pronosupination est légèrement limitée.

Le pouce et les doigts longs ont une mobilité complète.

La main droite est tout à fait calme mais elle est totalement dépourvue de marques d'utilisation et elle présente une amyotrophie diffuse de toute la musculature intrinsèque.

La force de serrage est passablement réduite, inchangée (Jamar 14 par rapport à 40 à gauche).

**APPRECIATION:**

Je ne reviendrai pas sur les antécédents de ce patient que j'ai détaillés plus haut.

Actuellement, le patient, qui est venu avec sa fille, dit que sa main droite est enflée le soir, surtout s'il l'a utilisée. Il aurait encore une gêne à la face palmaire du poignet droit avec des décharges électriques. Il a toujours de la peine à trouver une bonne position du bras pour dormir.

Objectivement, l'épaule droite est souple, largement indolore à la mobilisation. Les signes du conflit sont négatifs. Les différents tendons de la coiffe des rotateurs sont fonctionnels et leur mise sous tension n'est pas douloureuse. Les amplitudes articulaires sont bien récupérées. La main droite est tout à fait calme mais elle est totalement dépourvue de marques d'utilisation et elle présente une amyotrophie diffuse de toute la musculature intrinsèque. La force de serrage est passablement réduite, inchangée.

On confirme donc une bonne évolution, tant du point de vue neurologique que de l'algodystrophie.

Il faut que le patient s'efforce de réutiliser sa main.

Rien ne s'oppose à ce qu'il travaille en plein dans une activité légère, de type industriel, ne nécessitant pas de dextérité particulière, privilégiant le contrôle et la surveillance au travail purement manuel.

Si on se réfère à la table 1 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/1.f-2000, un taux de 10% peut être retenu, la situation correspondant à une perte fonctionnelle de 20% du MSD (20% de 50% = 10%). »

**e)** Dans un rapport de l'OAI du 22 octobre 2009, suite à un entretien avec l'assuré du 23 septembre 2009, il est retenu que l'assuré ne voyait pas quelle activité il pourrait faire, mais qu'il ne se sentait pas bien en étant inactif. Le rapport se terminait par ce qui suit:

« M. C. \_\_\_\_\_ a repris à 50% chez son ancien employeur en août 2008, à un autre poste. Mais il n'existe pas de tâches légères et il ne faisait que demander de l'aide aux autres employés pour prendre du matériel par exemple. Il n'avait aucun rendement dans quelque activité au sein de cette entreprise. Il a été licencié le 30.6.09.

M. C. \_\_\_\_\_ est venu en présence d'un traducteur. Il ne comprend que très peu le français et ne le parle pas, il prend des cours de français durant six semaines.

M. C. \_\_\_\_\_ ne maîtrisant pas le français, une qualification n'est pas possible. Les acquis du cours de français suivi actuellement lui permettront de comprendre plus facilement les consignes en vue d'une formation pratique si nécessaire. Seule une activité manuelle est envisageable, mais le manque de possibilité d'utilisation de la main droite limite les débouchés.

Un stage d'évaluation est indispensable pour vérifier la capacité de travail de 100% dans une activité adaptée:

- Une activité adaptée existe-t-elle dans l'économie ?
- Y-a-t-il une diminution de rendement ?
- Une formation pratique est-elle nécessaire ?

M. C. \_\_\_\_\_ va prochainement visiter le centre Orif de Morges en vue d'un stage. »

**f)** Du 3 mai 2010 au 29 août 2010, l'assuré a participé à un stage à l'Orif à Morges. A ce sujet, un entretien réunissant une collaboratrice de l'OAI, l'assuré et deux répondants de l'Orif (Messieurs G. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_) a eu lieu le 26 août 2010. De la note de cet entretien, qui n'a pas été soumis pour signature à l'assuré, il ressort ce qui suit:

« M. C. \_\_\_\_\_ ne se comporte pas comme un monomanuel, même s'il ne peut plus utiliser sa main droite de façon correcte, n'a pas de force et pas toute la mobilité. Il arrive à faire certaines activités, mais avec un rendement diminué.

Il a fait un stage chez I. \_\_\_\_\_ sur une chaîne de conditionnement à mettre des fiches dans des paquets et les cartons, mais il n'a fait qu'une demi-journée, le rythme était trop rapide, trop de mouvements lui provoquant des douleurs.

Un stage dans une entreprise de plastique a été organisé mais pas testé finalement, car la machine pour injecter le plastique lui rappelait trop la machine qui lui a écrasé la main. Il n'a pas voulu essayer par crainte d'un accident même après lui avoir montré toutes les mesures de sécurité.

Les travaux fins, lourds sont inadaptés à sa problématique de santé. Une des principales difficultés est la barrière de la langue. Durant le stage, les consignes ont pu lui être transmises à l'aide d'autres assurés portugais qui traduisaient, il faut lui montrer un exemple ensuite pour qu'il puisse exécuter le geste. C'est difficile aussi pour les intervenants de l'Orif pour l'accompagnement motivationnel, il n'y avait qu'un ou deux entretiens durant la semaine avec l'aide de Mme U. \_\_\_\_\_ pour qu'il puisse parler de ses difficultés et qu'on puisse l'aider, alors que les autres stagiaires ont la possibilité de s'exprimer et de recevoir du soutien en continu dans les ateliers.

Il a pris des cours de français, mais il n'y a pas d'amélioration [en] vue, il ne comprend ni ne parle le français. Il a un dentiste et un psychologue portugais.

M. C. \_\_\_\_\_ dit qu'il est difficile de penser à l'avenir, il est très volontaire, a fait des démarches de recherches d'emploi, mais quand il parle des tâches qu'il ne peut plus faire il ne peut pas avoir l'emploi, notamment aide-concierge qui lui plairait. Il dit avoir un sentiment de honte de chercher du travail s'il ne peut pas avoir la productivité comme un autre employé.

Il est très content de la progression au niveau médical, il peut maintenant se raser, porter une bouteille, il fait des exercices, mais ne sait pas si une évolution positive est encore possible.

Nous pouvons attendre une diminution de rendement dans toute activité au vu des limitations de sa main droite. M. H. \_\_\_\_\_ estime qu'il existe des activités sur le marché du travail, très peu, des activités de niche. Il a certainement de bonnes ressources, mais le problème d'intégration dû à la non connaissance du français est un frein important. »

L'Orif a retenu dans son rapport du 17 novembre 2010 que les rendements observés dans les différentes activités s'étendaient de 30 à 60%. L'Orif a rédigé les conclusions suivantes:

### « Conclusion et proposition:

Lors de son passage dans notre Atelier, M. C. \_\_\_\_\_ a œuvré dans les modules cartonnage, montages fins électromécaniques, soudure à l'étain, menuiserie légère, peinture, câblage électrique et menuiserie.

Bien qu'il ne parle pratiquement pas le français, il s'applique à comprendre au mieux les consignes. Les difficultés de communication restent cependant au centre des préoccupations et laissent planer un important doute sur ses réelles possibilités de retour dans une activité. Il semble démontrer un bon potentiel d'apprentissage et d'assimilation de la nouveauté, avec un abord par la pratique. Nous relevons toutefois que M. C. \_\_\_\_\_ réalise assez occasionnellement des actions simplifiées, ne respectant ni la méthodologie ni la chronologie des opérations démontrées. Seuls les travaux très simples démontrés par la pratique sont facilement assimilés et correctement réalisés. Après plusieurs répétitions des gestes, il arrive à faire le lien avec des instructions illustrées. Des problèmes mnésiques viennent quelque peu assombrir la situation.

Ses travaux sont généralement de faible qualité à l'entame de l'activité, puis progressent lentement. Les corrections doivent impérativement être démontrées par la pratique. Votre assuré se montre inconstant, en présentant des résultats qualitatifs très variables; ces variations sont d'autant plus difficilement explicables qu'il se montre particulièrement appliqué et assidu à son poste. Son intérêt pour les travaux fins et minutieux est peu évident, mais M. C. \_\_\_\_\_ dit se sentir malgré tout à l'aise dans les activités manuelles. Les mouvements répétitifs des poignets le font souffrir, ce qui limite sa capacité de réalisation. Il peine à demander de l'aide lorsqu'il rencontre une difficulté.

Votre assuré signale des douleurs et un important inconfort au bras droit lors des mouvements de vissage, ainsi qu'aux épaules et à la nuque lors de la tenue de positions statiques prolongées. Il se montre plus à l'aise lors d'activités manuelles peu fines et plus mobiles. Malgré ses limitations et ses douleurs, il obtient ponctuellement de bons rendements. La mobilité réduite de sa main droite, sa dextérité fine peu développée, l'inconfort et les douleurs engendrées par la répétition des gestes rendent particulièrement difficile la recherche d'une activité adaptée. Cette situation risque fort de se résumer à une activité de niche.

Nous avons placé votre assuré en stage aux Editions I. \_\_\_\_\_ pour des travaux simples, légers et répétitifs de manutention et de conditionnement. Cette tentative a duré une matinée; M. C. \_\_\_\_\_ a dit que cela était inadapté pour lui à cause de la vitesse trop rapide de la chaîne, de la manutention de certains objets trop lourds et des mouvements de rotation du tronc trop fréquents et pénibles.

Par la suite, nous avons visité un autre poste de production sur une machine à injecter le plastique, activité également simple, légère et répétitive. Cette possibilité n'a pas pu être exploitée, car votre assuré nous a dit que cela lui rappelait trop la machine sur laquelle il a eu son accident.

Nous n'avons ensuite pas réussi à trouver un lieu de stage mieux adapté qui tienne à la fois compte de ses limitations physique et linguistique.

Votre assuré est venu en Suisse avec l'information et la croyance que l'apprentissage du français n'était pas nécessaire et cela a en effet été la réalité pendant les années qui ont précédé son accident de travail. L'environnement de M. C. \_\_\_\_\_ s'est toujours adapté à sa situation particulière. Cet équilibre s'est rompu avec la survenance de son accident. A son arrivée dans notre Atelier, nous avons dû planifier des entretiens avec l'appui d'une traductrice, car la communication s'est révélée impossible sans cet aménagement. La transmission des consignes en atelier s'est également révélée problématique et très inconfortable. Nous arrivons par conséquent à la conclusion que, malgré sa bonne volonté et son engagement, les possibilités d'intégration professionnelle potentielle pour votre assuré sont très peu nombreuses.

Nous relevons de plus que M. C. \_\_\_\_\_ souffre d'un problème d'ouïe; il est doublement appareillé et rencontre aussi des problèmes dentaires importants. Enfin, nous avons appris que M. C. \_\_\_\_\_ était suivi par un psychiatre portugais.

Réponses à vos questions:

a) Une activité adaptée existe-t-elle dans l'économie?

*Il s'agira très probablement d'une activité de niche au vu des limitations physique et linguistique. L'acquisition des apprentissages par la pratique devra être privilégié sans aspect théorique au vu des connaissances linguistiques de votre assuré.*

b) Y a-t-il une diminution de rendement?

*Il n'est actuellement pas possible d'évaluer un hypothétique rendement, puisque celui-ci sera lié à l'activité. Lors des tâches effectuées durant son stage au sein de notre AIP, il a été observé des rendements entre 50 et 60%.*

c) Une formation pratique est-elle nécessaire?

*Il sera possible de l'évaluer dès que l'activité de niche sera trouvée et selon les besoins de l'entreprise. Par contre, votre assuré doit impérativement progresser en français afin de faciliter son intégration. »*

Pendant la période de stage, l'OAI a accordé à l'assuré des indemnités journalières et la CNA a suspendu le paiement des indemnités journalières qu'elle versait jusqu'alors.

**D.** Le 18 février 2011, l'OAI a adressé à l'assuré un projet d'acceptation de rente. Selon ce projet, l'assuré aurait du 1<sup>er</sup> mars 2008

au 30 novembre 2008, soit trois mois après avoir regagné une capacité de travail à 50% dans une activité adaptée, droit à une rente entière d'invalidité. Du 1<sup>er</sup> décembre 2008 au 31 mars 2009, soit trois mois après avoir regagné une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée, il aurait droit à un trois-quarts de rente d'invalidité. Dès le 1<sup>er</sup> avril 2009, la rente serait supprimée.

Dans ce projet d'acceptation de rente, l'OAI a estimé que l'assuré était en incapacité de travail continue depuis le 13 mars 2007 et qu'à l'échéance du délai de carence d'une année, l'incapacité de travail et de gain était toujours à 100%. Dans une activité adaptée, l'assuré aurait toutefois retrouvé une capacité de travail de 50% dès le 18 août 2008 et de 100% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009. Il ressort (uniquement) d'un rapport final interne de l'OAI du 8 février 2011, qui n'a pas été intégré au projet de décision, que pour cette appréciation l'OAI se base sur le rapport d'examen du Dr K. \_\_\_\_\_ du 24 juillet 2009 et sur les réponses de la Dresse D. \_\_\_\_\_ du 24 décembre 2008 (cf. à ce sujet ci-dessus let. Cc in fine et Cd in fine).

Dans son projet de décision, l'OAI a admis pour l'année 2008 un revenu annuel sans invalidité de 69'846 francs. Avec invalidité ainsi qu'une capacité de travail de 50%, il a retenu un revenu annuel de 27'000 francs. En procédant ensuite à une comparaison des revenus avec et sans invalidité, l'OAI a calculé une perte de gain annuelle de 42'846 fr. (= 69'846 fr. - 27'000 fr.), c'est-à-dire un préjudice économique, respectivement un degré d'invalidité de 61% (= 42'846 : 69'846 x 100) dès le moment où une capacité de travail partielle pouvait être prise en compte en 2008.

Pour l'année 2009, au début de laquelle l'assuré aurait retrouvé une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée, l'OAI a retenu un revenu annuel sans invalidité de 71'313 francs. En admettant un abattement de 10% sur le revenu annuel estimé à 61'238 fr. 44 dans une activité adaptée, l'OAI a retenu un revenu avec invalidité de 55'114 francs. Il a alors conclu par comparaison des revenus avec et sans invalidité à une

perte de gain annuelle de 16'199 fr. (= 71'313 fr. - 55'114 fr.) et a admis ainsi un degré d'invalidité de 22.71% (= 16'199 : 71'313 x 100), arrondi à 23%, ce qui ne donnait plus de droit à une rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2009.

**E.** Le 15 mars 2011, la Dresse D.\_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI copie d'un courrier qu'elle a adressé le même jour à la Caisse de chômage, dans lequel elle retient notamment ce qui suit:

« La SUVA [CNA, réd.] a attesté d'une incapacité de travail à 50% le 1.7.2009.

La fille de M. C.\_\_\_\_\_ m'a demandé il y a quelques jours d'établir une reprise de travail à 100% afin que le chômage puisse j'imagine, rechercher un employeur pour ce patient. Je ne sais pas si c'est vous qui lui avez donné ce conseil, mais je vous adresse ci-joint un certificat avec une capacité de travail à 50% comme cela a été décidé en juillet 2009.

Le patient a reçu un courrier de la SUVA en date du 9.12.2010 mentionnant la cessation du paiement par leurs soins, les soins médicaux et l'indemnité journalière. Je souhaiterais donc que ce patient soit réexaminé par nos collègues au sein de l'AI. Notons que depuis le mois de novembre le patient n'a touché aucune indemnité sous quelque forme que ce soit et qu'il est actuellement largement à la charge de ses enfants. »

Le même jour, la Dresse D.\_\_\_\_\_ a rédigé un certificat médical sur formulaire qui retenait, sans autres indications, une « capacité de travail à 50% ». Rien n'était inscrit concernant une reprise du travail à un taux plus élevé.

**F.** Le 11 avril 2011, par l'intermédiaire de son avocate, l'assuré a formé ses objections contre le projet de décision de l'OAI du 18 février 2011. Il a retenu que le projet de décision ne tenait nullement compte des constatations qui avaient été faites par l'Orif et les médecins. Plusieurs médecins, dont la Dresse D.\_\_\_\_\_ et le médecin-conseil de la CNA Dr V.\_\_\_\_\_, auraient constaté une incapacité de travail partielle. Le Dr V.\_\_\_\_\_ aurait déclaré le 26 août 2008 qu'une reprise de travail à 50% n'était probablement pas possible. La Dresse D.\_\_\_\_\_ aurait confirmé une incapacité à 40% en date du 14 mars 2011. Le dossier semblait être d'un point de vue médical incomplet et le projet de décision en

contradiction avec les éléments objectifs ressortant du dossier.

**G.** Suite à son accident du 13 mars 2007, l'assuré avait aussi demandé des prestations à la CNA auprès de laquelle il était obligatoirement assuré par le biais de son employeur. Dans un premier temps, la CNA lui a versé des indemnités journalières.

Le 21 avril 2011, la CNA a rendu une décision par laquelle elle a mis l'assuré dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011 au bénéfice notamment d'une rente d'invalidité de 636 fr. 85 par mois. A ce sujet, elle a retenu, entre autres, ce qui suit:

« Les pertes de gain imputables à des facteurs étrangers à l'accident (formation ou connaissances linguistiques insuffisantes, âge et autres motifs) ne peuvent pas être prises en considération dans l'estimation de l'invalidité.

La rente Suva [CNA, réd.] n'est due que pour les séquelles résultant de l'accident, mais pas pour les atteintes consécutives à une ou plusieurs maladies.

Il ressort de nos investigations qu'en dépit des seules séquelles de l'accident qui nous occupe, votre mandat [recte: mandant] est à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie. De même l'exercice d'une activité accessoire telle que pratiquée déjà avant l'accident reste médicalement exigible. Dès lors, une activité ne demandant pas de dextérité particulière et privilégiant le contrôle et la surveillance au travail purement manuel est exigible en plein et permettrait à Monsieur C. \_\_\_\_\_ de gagner CHF 5'478.--/par mois. Comparé au gain réalisable de 6'196.-- (activité accessoire comprise), il en résulte une perte de 12%. Nous allouons dès lors une rente d'invalidité conforme à ce taux. »

L'assuré a formé une opposition contre cette décision.

**H.** Par avis médical du 26 avril 2011, contresigné par la Dresse A. \_\_\_\_\_, le Dr P. \_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR), a retenu que les objections de l'assuré ne précisaient pas, s'il contestait la capacité de travail dans l'activité exercée ou dans une activité adaptée. Il en allait de même pour le courrier de la Dresse D. \_\_\_\_\_ du 15 mars 2011. Le Dr P. \_\_\_\_\_ reconnaissait une incapacité de travail totale dans l'activité exercée, en accord avec la CNA et la Clinique M. \_\_\_\_\_. Dans une activité adaptée, la capacité de travail

serait de 40% depuis le 2 avril 2009, en accord avec la Clinique M.\_\_\_\_\_, puis de 100% dès le 25 juillet 2009, en accord avec l'examen final de la CNA.

Dans un avis juriste interne de l'OAI du 6 mai 2011, il est notamment expliqué pourquoi l'OAI ne se rallie pas à l'avis médical du SMR du 26 avril 2011 et maintient sa position selon son projet de décision du 18 février 2011. Sur cette base, l'OAI a adressé le même jour à la mandataire de l'assuré une lettre dans laquelle il retient ce qui suit:

« (...)

Au plan médical, notre position repose sur les avis des médecins spécialistes de la Clinique M.\_\_\_\_\_ et du médecin d'arrondissement de la SUVA. Nous soulignons que la préférence doit être donnée à ces avis argumentés et fondés sur des éléments objectifs par rapport à celui de la Dresse D.\_\_\_\_\_, lequel n'est aucunement motivé; on ne comprend pas pourquoi notre assuré ne pourrait travailler en plein dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites. Ce médecin ne distingue d'ailleurs pas clairement la capacité de travail dans l'ancienne activité et dans une activité adaptée.

(...)

Nous précisons encore qu'une instruction complémentaire ne se justifie pas, les constatations de la Clinique M.\_\_\_\_\_ et du médecin d'arrondissement étant probantes, et la Dresse D.\_\_\_\_\_ n'ayant pas fait part d'une aggravation objective postérieure.

Vous relevez également la divergence entre les conclusions médicales et celles ressortant de l'observation professionnelle.

Selon la jurisprudence, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid 1). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du TF du 6 mai 2003 I 762/02).

En l'occurrence, l'appréciation de l'Orif tient largement compte du manque de connaissances linguistiques de l'assuré, ce qui n'est pas un facteur lié à l'invalidité, de sorte que l'on ne doit pas en tenir compte dans l'évaluation de celle-ci (ATF 107 V 17 cons. 2c, RCC 1982 p. 34; 1980 p. 260; 1989 p. 322 cons. 2b; 1991 p. 329 cons.

3c). La préférence doit donc être donnée aux éléments objectifs ressortant de l'évaluation médicale du médecin d'arrondissement de la SUVA et de la Clinique M.\_\_\_\_\_.

Nous rappelons que dans sa jurisprudence constante concernant les assurés monomanuels (tout en soulignant que votre client ne l'est pas !), le Tribunal fédéral considère que « sur le marché du travail entrant en considération pour l'assuré, 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 » (arrêt du TF du 7 juin 2005, I 766/04; arrêt du TF du 2 février 2005, I 394/04, consid. 3.2 et références citées).

En conclusion, nous ne pouvons que maintenir notre position; vous recevrez dès lors prochainement une décision formelle d'octroi d'une rente limitée dans le temps conforme à notre projet et sujette à recours. »

Par la même occasion, l'OAI a fait parvenir à la mandataire de l'assuré un projet de refus de l'octroi de l'assistance juridique gratuite dans la procédure administrative.

Par la suite, en date du 19 mai 2011, la mandataire de l'assuré s'est uniquement adressée à l'OAI concernant ce dernier projet de l'OAI. De manière générale, elle retenait tout de même que le médecin traitant de l'assuré, qui n'est pas cité par son nom, ne comprenait pas la décision prévue au sujet des rentes au vu des constatations médicales. De plus, elle a joint à son envoi copie de deux certificats médicaux de la Dresse D.\_\_\_\_\_, un certificat du 15 mars 2011 déjà versé au dossier de l'OAI, retenant une capacité de travail à 50%, et un autre certificat du 14 mars 2011 dans lequel était noté: « prolongation dès le 14.3.11 d'une incapacité à 40% comme décidé lors d'un séjour à la SUVA ».

**I.** Par décision du 5 juillet 2011, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 2008 au 30 novembre 2008, d'un montant mensuel de 386 francs.

Par une seconde décision du même jour, l'OAI lui a octroyé trois-quarts de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 2008 au 31 mars 2009, d'un montant mensuel de 290 francs en 2008 et 299 francs en 2009.

La motivation de ces décisions est la même que celle donnée dans le projet du 18 février 2011 (voir let. D ci-dessus).

**J.** Par l'intermédiaire de sa mandataire, l'assuré a interjeté le 7 septembre 2011 un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud (cause AI 239/11). Il conclut à l'annulation des deux décisions de l'OAI du 5 juillet 2011 et à la reconnaissance d'une incapacité de travail de 100% « du 1<sup>er</sup> mars 2008 au 31 décembre 2010, donnant droit à une rente entière pour cette période », ainsi que d'une incapacité de travail de 50% « dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, donnant droit à trois-quarts de rente d'invalidité ». Subsidiairement, il demande que soit ordonnée une expertise pluridisciplinaire, permettant de déterminer les atteintes à la santé, le degré d'incapacité de travail et le taux de rendement dans une activité adaptée. L'assuré a joint à son recours copie du rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ du 26 août 2008 et du certificat médical de la Dresse D. \_\_\_\_\_ du 15 mars 2011.

Par décision du 12 octobre 2011, le juge instructeur a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 8 septembre 2011 en l'exonérant du paiement d'avances de frais et en lui octroyant l'assistance d'office d'un avocat en la personne de sa mandataire.

Par réponse du 16 décembre 2011, l'OAI propose le rejet du recours.

Par réplique du 5 mars 2012, l'assuré requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire « qui permettra de se prononcer sur les limitations fonctionnelles constatées sur le terrain, les plaintes du recourant et la perte de rendement engendrée par ces dernières ». Pour le reste, l'assuré a maintenu ses conclusions principales; il a uniquement modifié ses conclusions subsidiaires dans le sens qu'il demande à ce que le dossier soit renvoyé à l'OAI afin qu'il mette sur pied l'expertise pluridisciplinaire requise.

Par courrier du 27 mars 2012, l'OAI a renoncé à se prononcer une nouvelle fois.

Dans la mesure utile, les arguments des parties seront repris ci-après.

**K.** Par décision sur opposition du 5 décembre 2011, la CNA avait dans l'intervalle rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 21 avril 2011.

Par l'intermédiaire de sa mandataire, l'assuré a interjeté le 23 janvier 2012 un recours devant la Cour de céans (cause AA 5/12). Il a conclu à l'admission du recours, à l'annulation de la décision sur opposition du 5 décembre 2011, à la reconnaissance d'une incapacité de travail de 50% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité à hauteur de 20%. Subsidiairement, il demande d'ordonner une expertise médicale permettant de déterminer les atteintes à sa santé, le degré d'incapacité de travail, le taux de rendement dans une activité adaptée ainsi que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

La CNA a conclu au rejet du recours.

**L.** Suite au départ à la retraite du premier juge instructeur, les causes AI 239/11 et AA 5/12 ont été reprises par un nouveau juge instructeur.

Le 20 février 2013, le Tribunal a informé les parties que la cause AI 239/11 sera jugée – sans que les procédures soient formellement jointes – parallèlement au recours introduit par l'assuré le 23 janvier 2012 contre la décision sur opposition de la CNA du 5 décembre 2011, par laquelle cette dernière avait rejeté l'opposition de l'assuré contre sa décision initiale du 21 avril 2011 (cf. ci-dessus let. G et K), vu que les mêmes problèmes de santé de l'assuré avaient déclenché les demandes de prestations auprès des deux assureurs sociaux et que l'OAI se référerait

partiellement aux constatations faites dans la procédure de la CNA. Le Tribunal a ainsi versé les pièces de la cause AA 5/12 dans le dossier AI 239/11 et vice-versa.

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

**1.** 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'AI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions en matière d'assurance-invalidité contre lesquelles la voie de l'opposition (art. 52 LPGA) n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décisions sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile, auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]). Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

**2.** Le requérant critique la fixation du taux d'invalidité par l'OAI en ce qui concerne, d'une part, le taux en soi et, d'autre part, son évolution dans le temps. En substance, il est d'avis que sa capacité de travail était nulle depuis l'accident jusqu'au 31 décembre 2010, puis de 50% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et non pas, comme l'a admis l'OAI, de 50% dès mi-août 2008 et de 100% dès fin décembre 2008.

**a)** L'assuré a droit à une rente d'invalidité 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 (art. 28 al. 1 LAI). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI).

Selon l'art. 28a al. 1 LAI, le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative – comme en l'espèce – à plein temps est évalué en application de l'art. 16 LPGa. Aux termes de cette dernière disposition, 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. En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 p. 348; 128 V 29 consid. 1 p. 30; 104 V 135 consid. 2a et 2b p. 136).

En l'absence 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'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des Descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2. p. 301; 129 V 472 consid. 4.2.1 p. 475). Jusqu'à présent, le Tribunal fédéral n'a pas donné la priorité à l'une ou l'autre des deux méthodes (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). Lorsqu'un assuré a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité

de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalidé (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 p. 475; 126 V 75 consid. 3b/aa p. 76).

Comme exposé, une telle appréciation présume une invalidité de l'assuré.

**b)** L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA in fine).

**c)** Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif dès une date précise et, en même temps, prévoit la suppression ou la réduction de cette rente dès une date ultérieure, correspond, pour cette dernière partie, à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5; 125 V 413 consid. 2d; TF 9C\_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 2 in fine). Cela ne joue aucun rôle si la décision d'accorder la rente et celle de la supprimer ou de la réduire par la suite ont été rendues dans un seul acte ou - comme en l'espèce - par des actes

distincts du même jour. En vertu de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire d'une 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 donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir des travaux habituels de l'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 qu'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 (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]).

Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle toutefois pas à une révision (ATF 112 V 371 consid. 2b). Il en va de même, si un changement important des circonstances n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante (TF 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 3.1, in SVR 2012 IV n° 18 p. 81; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2<sup>e</sup> éd. 2009, n. 40 ad art. 43 LPGA).

**d)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité et notamment la capacité de travail, les limitations fonctionnelles ainsi que le rendement d'un assuré, 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. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125

V 193 consid. 2 et les références; TF 8C\_24/2010 du 27 décembre 2010 consid. 2; 8C\_1034/2009 du 28 juillet 2010 consid. 4.2 et 8C\_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2). La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

**e)** De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée).

Il n'existe pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne d'une assurance (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.3 et 4.6; TF 9C\_737/2012 du 19 mars 2013 consid. 2.3). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils

ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**3.** Selon l'assuré, l'OAI prétendrait avoir fixé le taux d'invalidité sur la base des avis des médecins spécialistes de la Clinique M.\_\_\_\_\_ et du médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr V.\_\_\_\_\_. Il serait toutefois erroné de prétendre que la prise de position repose sur l'avis de ce dernier médecin. Car l'OAI reconnaît une capacité de travail à 50% dès le 18 août 2008, alors que le Dr V.\_\_\_\_\_ aurait dit, dans un document du 26 août 2008, que la reprise de travail à 50% n'était probablement pas possible, que la capacité de travail n'allait probablement pas augmenter et qu'il n'y avait pas de traitement pour améliorer l'état du patient et ce dans ses deux activités salariées. De plus, l'OAI aurait totalement ignoré les appréciations faites lors des stages professionnels et n'aurait pas demandé de compléments d'informations aux médecins spécialistes face à ces constatations. L'Orif aurait estimé son rendement à 50% suite à son stage du 3 mai au 29 août 2010 et la Clinique M.\_\_\_\_\_ aurait noté, suite à son hospitalisation du 25 février au 1<sup>er</sup> avril 2009, un rendement de 25% sur la première activité et de 40% sur la deuxième activité. Malgré ces taux, aucun médecin ne se serait prononcé sur les raisons d'un tel écart « entre les constatations faites sur le terrain et les appréciations médico-théoriques ». La force et la mobilité de sa main droite resteraient fortement limitées et cela malgré sa motivation et ses efforts qu'il aurait fournis et que tous les thérapeutes auraient constatés.

A cela s'ajouterait que plusieurs médecins, plus particulièrement le Dr V.\_\_\_\_\_ et la Dresse D.\_\_\_\_\_, cette dernière notamment par certificat du 15 mars 2011 joint au recours, auraient constaté une incapacité de travail partielle, accompagnée d'une diminution de rendement importante et ce même dans une activité adaptée à ses limitations. Il serait arbitraire de prétendre qu'il serait apte à travailler à 50% dès le 18 août 2008 et à 100% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009 sans diminution de rendement au vu des constatations objectives du dossier.

L'OAI n'aurait pas suffisamment instruit le dossier pour déterminer avec précision les conséquences financières de ses faibles taux de rendement dans toutes activités confondues. Il en irait de même pour les conséquences de sa surdité, étant totalement sourd d'une oreille et partiellement de la deuxième. L'OAI aurait refusé de mettre sur pied une expertise médicale malgré sa demande et bien qu'il soit indispensable qu'un spécialiste se penche sur la question des limitations fonctionnelles constatées sur le terrain, ses plaintes et la perte de rendement engendrée par celles-ci. Le dossier serait dépourvu de constatations médicales objectives permettant de déterminer sa réelle capacité de travail.

**4.** Comme exposé, le recourant est d'avis que sa capacité de travail était nulle depuis l'accident jusqu'au 31 décembre 2010, puis de 50% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011.

**a)** Le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin auprès de la CNA, a retenu le 25 juin 2008 qu'une reprise du travail sans fortes sollicitations mécaniques devrait pouvoir être envisagée; la Dresse D.\_\_\_\_\_ devait lui faire part de son appréciation. Celle-ci, en tant que médecin traitant, a alors retenu le 8 juillet 2008 ainsi que dans deux attestations du 22 juillet 2008 qu'une reprise du travail à 50% pouvait être envisagée dès mi-août 2008. Dans une écriture du 24 décembre 2008, la Dresse D.\_\_\_\_\_, et non pas - comme le prétend l'OAI - un médecin de la CNA, a en outre déclaré que la capacité de travail dans l'activité antérieure était de 0%, mais de 100% dans une activité adaptée « dès ce jour ».

Quant au Dr V.\_\_\_\_\_, médecin auprès de la CNA, il a certes noté le 26 août 2008 qu'une reprise n'était médicalement probablement pas possible. Il ressort toutefois de ses explications qu'elles se référaient aux activités habituelles du recourant (cf. « au vu du descriptif du poste de travail » et « pour les 2 employeurs »). Le Dr V.\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé au sujet d'une activité adaptée.

Contrairement à ce que prétend le recourant, ce n'est d'ailleurs pas le rapport du Dr V.\_\_\_\_\_ auquel l'OAI a fait allusion pour

son appréciation de la capacité de travail, mais bien les prises de position du Dr K.\_\_\_\_\_, qui est également médecin auprès de la CNA. Ce dernier a ainsi exposé, suite à un examen du 4 février 2009, qu'une reprise de l'activité antérieure n'était effectivement pas possible, mais que le recourant avait une pleine capacité de travail dans toutes sortes d'activités légères. Il a confirmé ce point de vue à l'occasion de son « examen médical final » du 24 juillet 2009, établi en connaissance du rapport de la Clinique M.\_\_\_\_\_ du 15 avril 2009. Selon lui, rien ne s'opposait à ce que le recourant travaille à plein temps dans une activité légère.

Dans ce rapport du 15 avril 2009, les médecins de la Clinique M.\_\_\_\_\_ avaient retenu une incapacité de travail complète dans la profession actuelle d'opérateur de machine. Dans une activité adaptée, la capacité de travail devrait atteindre 100%. Sous le point « incapacité de travail pour un travail adapté », la Clinique M.\_\_\_\_\_ a retenu une capacité de 40% dès le 2 avril 2009, à augmenter progressivement jusqu'à une capacité de travail complète.

Quant aux médecins du SMR, ils ont retenu une capacité de travail dans une activité adaptée de 40% depuis le 2 avril 2009 et de 100% dès le 25 juillet 2009 (avis du 26 avril 2011).

**b)** Concernant l'activité habituelle d'opérateur de machine, tous les médecins sont du même avis que le recourant ne peut pas la reprendre.

Au sujet de son autre activité habituelle de nettoyeur, qu'il avait effectuée pour l'essentiel à temps partiel, certains médecins ne se prononcent pas et d'autres, surtout le Dr V.\_\_\_\_\_, déclarent clairement qu'elle n'est pas non plus adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant. Dans un document du 14 janvier 2010, qui se trouve dans le dossier de la CNA, le Dr K.\_\_\_\_\_ a répondu par l'affirmative, sans aucune autre explication ou précision, à la question de savoir, si le recourant pouvait « reprendre son activité de nettoyeur à 100% pour les

seules suites de son accident ». Ce médecin s'est basé sur une représentation de la place de travail auprès de l'entreprise X. \_\_\_\_\_ du 11 janvier 2010. Selon ce dernier document, le recourant ne pouvait plus faire son travail habituel de nettoyeur de bureaux (nettoyer, notamment avec aspirateur, nettoyer les vitres, panosser, lustrer à la cireuse) en raison de sa main, mais il allait pouvoir être occupé sur le même site, dans un autre secteur, à des activités de remplacement (ravitaillement de produits, commandes de matériel manquant, ouverture et fermeture des portes, contrôle), ce qui lui permettrait de faire au moins deux heures par jour, sur 2 heures et demi avant l'accident. A propos de la réponse du Dr K. \_\_\_\_\_, il n'est notamment pas clair de savoir si elle se réfère uniquement à l'activité adaptée de deux heures par jour.

En ce qui concerne la capacité de travail dans d'autres activités adaptées, les appréciations médicales divergent quelque peu au sujet de son évolution dans le temps.

Le seul consensus consiste à dire que l'assuré ne pouvait pas reprendre d'activité lucrative avant la mi-août 2008.

L'estimation de l'OAI, selon laquelle le recourant pourrait reprendre le travail dans une activité adaptée à 50 % dès mi-août 2008 et à 100% dès le début de l'année 2009 repose en fin de compte sur les appréciations de la Dresse D. \_\_\_\_\_ du 8 et 22 juillet 2008 (pour le 50%) ainsi que du 24 décembre 2008 (pour le 100%) et celles du Dr K. \_\_\_\_\_ du 4 février et 24 juillet 2009. La Clinique M. \_\_\_\_\_ et le SMR admettent des dates postérieures pour une reprise d'une activité lucrative à temps partiel; il en va de même pour le SMR au sujet d'une activité à plein temps.

Tous les médecins ne se prononcent toutefois d'aucune manière sur le rendement du recourant. Pourtant, il ressort du rapport final des ateliers professionnels du deuxième séjour à la Clinique M. \_\_\_\_\_ entre février et avril 2009 que le rendement constaté était partiellement de 25% (pour le tri de pièces) et 40% (pour la fixation et

retrait de bagues d'arrêt), malgré le fait que l'assuré aurait fait preuve de bonne volonté. A l'Orif, les rendements observés dans les différentes activités effectuées à mi-temps (cartonnage, travaux fins électromécaniques, soudure à l'étain, menuiserie, peinture, câblages électriques) allaient de 30 à 60%. Et là-bas aussi, il avait été constaté que le recourant s'était montré particulièrement appliqué et assidu. Ni avant ces séjours à la Clinique M.\_\_\_\_\_ et à l'Orif, ni après ceux-ci, les médecins impliqués dans la cause ne se sont explicitement prononcés à ce sujet.

**c)** Certes, selon le Tribunal fédéral, les données médicales l'emportent régulièrement sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion de stages d'observation professionnelle et l'évaluation de l'invalidité ne peut reposer valablement sur les seules conclusions contenues dans les rapports d'experts en matière professionnelle (cf. TF 8C\_776/2009 du 19 juillet 2010 consid. 5.2; TFA U 240/99 du 7 août 2001 consid. 3c/aa, in: RAMA 2001 n° U 439 p. 347 et SVR 2002 UV n° 15 p. 47).

Cependant, la question du rendement exigible dans une activité déterminée fait partie intégrante de la notion de capacité de travail. La tâche du médecin consiste aussi à examiner le rendement possible dans une activité et à déterminer quels travaux peuvent encore être raisonnablement exigés de l'assuré (cf. TF 9C\_791/2008 du 27 mai 2009 consid. 3.2).

Vu les constatations de la Clinique M.\_\_\_\_\_ et de l'Orif, il ne peut être exclu une certaine diminution de rendement chez le recourant. Il n'est certes pas non plus exclu que cette diminution de rendement se réduise progressivement. Car diverses appréciations médicales laissent entendre que le recourant devait progressivement se réhabituer à l'utilisation de sa main droite (cf. notamment la Clinique M.\_\_\_\_\_ et la Dresse D.\_\_\_\_\_).

Toutefois, à l'heure actuelle, les constatations à ce sujet ne suffisent pas pour pouvoir se prononcer sur la capacité de travail et

notamment sur la question de savoir si le recourant est apte à assumer un plein rendement pour un horaire de travail à 50%, puis à 100%. Du rendement dépend aussi le revenu que le recourant pourrait obtenir en tant qu'invalide et ainsi le degré d'invalidité selon les art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI.

Dans ce contexte, il est remarqué que la Dresse D. \_\_\_\_\_ attestait encore en mars 2011 une incapacité de travail partielle (de 40 ou 50%), bien qu'elle eût auparavant, en décembre 2008, retenu que le recourant pouvait reprendre une activité adaptée à plein temps. Demeure peu clair le point de savoir si cette réduction de la capacité de travail attestée par ce médecin concerne l'ancienne activité ou une activité adaptée ou si elle se réfère finalement plutôt au rendement dans une activité adaptée. Même l'OAI s'était interrogé dans son rapport du 22 octobre 2009 au sujet d'une diminution de rendement et avait ainsi estimé qu'un stage d'évaluation serait nécessaire.

**d)** Il en va de même pour la question de savoir quelles activités adaptées existent dans l'économie. L'OAI avait également soulevé cette question dans un premier temps dans son rapport du 22 octobre 2009, une des raisons supplémentaires - en plus du problème du rendement - pour laquelle il avait ordonné le stage auprès de l'Orif.

Par ailleurs, la CNA a fondé sa décision de rente sur la méthode de descriptions de postes de travail (DPT). Des cinq descriptions de poste, il ne ressort toutefois pas clairement, si tous les postes sont adaptés au handicap du recourant. Tous nécessitent en tout cas l'usage des deux mains. Concernant le maniement d'objets, il est retenu « léger / à motricité fine », sans distinction ou précision à ce sujet. D'après les rapports médicaux, une activité qui exigerait une motricité fine de la part du recourant serait inadaptée. L'Orif avait également retenu, qu'en plus de la mobilité réduite de la main droite, la dextérité fine était peu développée.

**e)** Dans ses réponses aux questions de l'OAI, l'Orif s'est contenté de renvoyer surtout aux problèmes linguistiques du recourant. Les problèmes linguistiques sont cependant - comme le remarque à juste titre l'OAI - sans intérêt pour l'appréciation de l'invalidité. Il s'agit de motifs qui n'ont pas trait à l'invalidité et qui ne peuvent donc pas être retenus pour l'appréciation de l'invalidité. Tout comme le manque de formation scolaire et professionnelle, ces facteurs ne constituent pas des circonstances dont l'assurance-invalidité doit répondre. Les problèmes linguistiques ne forment même pas des critères qu'il faut prendre en considération pour - comme en l'espèce - des activités simples dans le cadre de l'abattement qui sert à tenir compte de la situation personnelle de l'intéressé (cf. ATF 107 V 17 consid. 2c p. 21; TF 9C\_382/2007 du 13 novembre 2007 consid. 4.3 et 6.5; TFA I 805/05 du 30 novembre 2006 consid. 5.2 et 5.3).

**f)** Le stage à l'Orif de mai à août 2010 n'a finalement pas apporté de réelles réponses aux questions de rendement et d'activités adaptées. Les institutions d'assurance auraient dû constater quelles activités adaptées, et avec quel rendement et ainsi quel revenu, entrent en ligne de compte pour l'assuré au vu de son atteinte à la santé, indépendamment de ses problèmes linguistiques. Du rapport de l'Orif ne ressort notamment pas dans quelle mesure les problèmes linguistiques avaient influencé le rendement du recourant.

Les constatations actuelles sont insuffisantes pour retenir si le recourant est apte à assumer un plein rendement pour les horaires de travail à 50 et 100%. Comme exposé, il n'est pas exclu qu'une certaine diminution de rendement, due aux limitations fonctionnelles, soit donnée chez le recourant. Vu ce qui précède, il ne peut être conféré une pleine valeur probante aux rapports des médecins internes aux assurances sociales. Des doutes subsistent. Notamment le rapport du SMR n'est pas assez étayé. Mais aussi, les rapports du Dr K.\_\_\_\_\_ ne se prononcent pas sur le rendement, malgré les constatations de diminution de rendement dans le dernier rapport de la Clinique M.\_\_\_\_\_. Quant à cette dernière, elle reste en définitive aussi muette sur l'influence du rendement

sur la capacité de travail. De plus, elle ne dit pas dès quel instant exact une activité à plein temps pouvait être reprise.

L'intimé devra donc s'adresser à l'Orif pour que celui-ci précise ses explications en faisant abstraction des problèmes linguistiques. Par la suite, il apparaît nécessaire, que le médecin traitant (la Dresse D. \_\_\_\_\_) se prononce à nouveau sur l'évolution de la capacité de travail dans les activités habituelles et adaptées et le rendement en tenant compte des constatations de l'Orif. Au cas où les autorités n'entendaient pas suivre l'appréciation du médecin traitant, l'instruction devra être complétée par la mise en œuvre, selon l'art. 44 LPGA, d'une expertise médicale indépendante qui devra se prononcer sur la capacité de travail et son évolution, en y incluant notamment le rendement possible dans les activités adaptées.

Dans cette mesure, il y a lieu de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il effectue un complément d'instruction - le cas échéant en collaboration avec la CNA (cf. aussi ci-après consid. 5i) - avec nouvelle évaluation et rende une nouvelle décision dans le sens des considérants (cf. TF 8C\_456/2012 du 6 juin 2013 consid. 6 pour un renvoi suite à une instruction incomplète sur le taux de rendement exigible). Le grief du recourant au sujet du rendement s'avère donc bien fondé.

**g)** Certes, l'OAI renvoie à la jurisprudence qui admet que même des personnes monomanuelles peuvent encore envisager une activité adaptée à plein temps (cf. TFA I 766/04 du 7 juin 2005; I 394/04 du 2 février 2005 consid. 3.2). Il ressort effectivement de cette jurisprudence que le recourant, qui présente des limitations fonctionnelles au sujet de l'utilisation d'une main, ne peut être considéré comme incapable à la reprise de toute activité lucrative. Cela doit valoir d'autant plus pour une personne qui peut encore utiliser la main lésée avec certaines limitations fonctionnelles.

L'OAI ne mentionne toutefois pas d'activités adaptées, ni ne livre de chiffres de rendement et gains potentiels au sujet d'activités

monomanuelles. Si l'OAI entendait effectivement se baser sur des activités monomanuelles, il aurait dû procéder à un tel examen sur les activités adaptées et le rendement ainsi que le gain qui pourrait être obtenu; un tel examen s'avérerait en particulier nécessaire, vu que le recourant est droitier et que l'atteinte concerne sa main droite.

**h)** Dans la mesure où le recourant invoque sa surdité, il est remarqué que celle-ci est traitée et que l'OAI a mis à sa disposition des moyens auxiliaires qui ont rendu possible la poursuite de son activité. La surdité devra certes être prise en compte lors de la détermination des activités qui peuvent raisonnablement être exigées du recourant.

**i)** L'OAI et la CNA avaient retenu des taux d'invalidité différents dès le moment où le recourant pouvait, selon eux, reprendre une activité à plein temps (12% pour la CNA et 23% pour l'OAI). Considérant que le taux fixé par l'OAI ne tient compte d'aucune autre pathologie invalidante, notamment malade, que l'atteinte à la main droite suite à l'accident, il n'existe pas de motifs pour que l'on aboutisse dans l'assurance-invalidité, d'une part, et dans l'assurance-accidents, d'autre part, à des évaluations différentes du taux d'invalidité (cf. ATF 131 V 120 consid. 3.3.3; TFA I 789/06 du 4 octobre 2007 consid. 5). Cela vaut malgré la constatation du Tribunal fédéral, dans ses arrêts de principe du 2 septembre 2005 et 28 août 2007 (ATF 131 V 362 consid. 2.2; 133 V 549 consid. 6), que l'évaluation de l'invalidité par un de ces deux assureurs n'a pas de force contraignante pour l'autre assureur. Les deux assureurs devront donc s'entendre à ce sujet, vu qu'il n'y a pas encore de décision entrée en force d'un des deux assureurs. La Cour rend à cet effet attentif au fait que le recours de l'assuré contre la CNA (cause AA 5/12) a, par arrêt du 10 septembre 2013, également été admis et la cause renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Il en irait différemment pour la convergence des taux d'invalidité, si finalement la capacité de travail et de gain du recourant s'avérait en plus réduites par d'autres éléments indépendants de

l'accident (p.ex. la surdité). Jusqu'à présent, il n'y a pas eu de constatation dans ce sens.

**5.** Vu ce qui a été dit, le recours doit être admis, les décisions attaquées du 5 juillet 2011 annulées, dans la mesure où elles n'accordent pas de rente entière au-delà du 30 novembre 2008, et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

**6.** Vu le sort du recours, le recourant, qui est représenté par une mandataire professionnelle, peut prétendre à des dépens qu'il convient de fixer à 2'000 francs (art. 55 LPA-VD et 61 let. g LPGA). Dans cette mesure, il n'y a pas lieu de fixer l'indemnité à accorder, dans le cadre de l'assistance judiciaire, au conseil d'office du recourant, car cette indemnité n'aurait pas été plus élevée. Les frais de procédure, arrêtés à 400 francs, sont mis à la charge de l'intimé, conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** Les décisions de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 5 juillet 2011 sont annulées, dans la mesure où elles n'accordent pas de rente entière au-delà du 30 novembre 2008, et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
- III.** Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

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

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Olga Collados Andrade, avocate (pour C. \_\_\_\_\_),
- 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).

Le greffier :