

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 juillet 2012

Présidence de M. JOMINI
Juges : M Gutmann et Mme Feusi, assesseurs
Greffier : Mme Matile

Cause pendante entre :

H._____, à Ecublens, recourant, représenté par Me Christophe Piguet,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 7, 8, 16 LPGA; 4 al. 1, 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. H._____, né en 1964, originaire de l'ex-Yougoslavie, est arrivé en Suisse en 1991. Formé comme poseur de parquets dans son pays d'origine, il a exercé plusieurs professions en Suisse. En dernier lieu, il a travaillé comme poseur de plafonds pendant huit mois, jusqu'en mai 2007, pour une entreprise d'Oron. Il a ensuite été au chômage.

Le 5 avril 2008, en jouant au football, il a chuté sur sa main droite (main dominante). Il a consulté un médecin deux jours plus tard. Le traitement médical a été pris en charge, dans le cadre de la LAA, par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA). La blessure à la main droite a été décrite ainsi : contusion de la main avec entorse de la MCP 2 (articulation métacarpophalangienne) et possible lésion articulaire. D'après un examen radiologique (IRM) effectué le 4 juin 2008, l'atteinte à la main droite est celle-ci :

"Fracture impaction ostéo-sous-chondrale de la tête du 2^{ème} métacarpe accompagnée par une distorsion mineure du fléchisseur superficiel, plus importante toutefois sans rupture complète des fibres profondes et distales du collatéral radial ainsi que de la capsule. Œdème d'accompagnement des tissus mous."

H._____ a été opéré à plusieurs reprises par le Prof. Y._____, spécialiste en chirurgie de la main (Clinique K._____, à Lausanne): pour des infiltrations de l'articulation MP de l'index droit et de la gaine des fléchisseurs de l'index droit (opération du 10 novembre 2008); pour une fasciotomie longitudinale de la poulie A1 de l'index droit (opération du 21 janvier 2009); pour une arthroplastie de l'articulation métacarpophalangienne de l'index droit par mise en place d'une prothèse en pyrocarbone (opération du 6 avril 2009); pour le remplacement de la prothèse par une nouvelle prothèse, d'un autre type (opération du 17 mars 2010). Dans un rapport du 2 juin 2010 à la CNA, le Prof. Y._____ a indiqué que la situation s'améliorait, quoique très lentement; il notait encore "la présence d'un certain œdème métacarpophalangien et une mobilité métacarpophalangienne de 0-30-60."

Le 6 juillet 2010, le médecin d'arrondissement de la CNA (Suva Lausanne), le Dr S. _____, a décrit ainsi la situation :

"Situation actuelle subjective caractérisée par la présence presque quotidienne de lancées douloureuses dorsales, du côté dorso-cubital de l'articulation MCP 2, fond douloureux constant, influence négative de la météo et de la température basse externe, absence de force.

Objectivement, restriction de la mobilité, surtout au niveau MCP 2, légère hyperthermie palpatoire, force très diminuée au Jamar et au key-pinch, peut-être minime atrophie de l'éminence thénar, absence totale d'amyotrophie au niveau du bras et de l'avant-bras.

Du point de vue asséculo-logique, l'arrêt de travail est encore complet et, si on considère le type de profession d'ajusteur-monteur, justifié.

Du point de vue médical, une hospitalisation à la CRR s'impose pour faire un bilan précis de la situation, notamment pour déterminer si des signes résiduels de Sudeck sont présents, ainsi que pour déterminer les capacités fonctionnelles restantes."

H. _____ a séjourné du 4 au 30 août 2010 à la Clinique romande de réadaptation (CRR) à Sion. La conclusion du rapport du 23 septembre 2010 des médecins de cette clinique (Dr P. _____, rhumatologue, et Dr I. _____, médecin assistant, du service de réadaptation de l'appareil locomoteur) est la suivante :

"Avec la prise en charge d'ergothérapie et de physiothérapie on note une légère amélioration de l'intégration de la main droite dans les gestes de la vie quotidienne, une meilleure mobilité de l'index. Par ailleurs, la symptomatologie douloureuse persiste, probablement en rapport avec les nombreuses interventions pratiquées. Il n'y a pas d'argument pour une algodystrophie. Le résultat de la prothèse semble actuellement optimal.

A la sortie nous attestons une incapacité totale de travail dans les activités avec les limitations mentionnées ci-dessus. Par ailleurs dans une activité qui respecte ces limitations, la capacité de travail sera totale"

Le Dr D. _____, médecin d'arrondissement de la CNA (Suva Lausanne), a examiné l'assuré le 21 octobre 2010. La conclusion de son rapport est ainsi libellée :

"DIAGNOSTIC:

Contusion de la main D intervenue sur un accident de football le 05.04.2008 avec, en particulier, entorse de la MCP 2 et possible lésion articulaire. Traitement tout d'abord par infiltrations puis chirurgical, suivi de chirurgie itérative ayant abouti, à l'échéance d'une année, à l'implantation d'une prothèse en pyrocarbone de la MCP 2.

Changement de prothèse en faveur d'une Swanson le 17.03.2010, avec persistance d'un syndrome inflammatoire-algique ainsi que de raideur.

Dans les comorbidités, notons une coupure dans la région du poignet D survenue début 2000, apparemment sans séquelle. AVP en 1998 avec TCC et fracture de la

clavicule G et de la 1^{ère} côte à G traitées conservativement. Status après entorse du poignet D le 07.03.2005, sans fracture.

APPRECIATION DU CAS:

Il s'agit donc d'un assuré de 46 ans, chômeur, ayant eu des activités d'ajusteur-monteur, de poseur de plafonds et de parqueteur, dont les antécédents sont décrits plus haut et sur lesquels nous ne revenons pas.

Subjectivement, son séjour à la CRR n'a pas apporté d'évolution favorable à sa situation, en particulier sur les douleurs et la fonction. Il ressent toujours des douleurs avec gonflement en fin de journée. Il se plaint d'une diminution de la force de serrage de la main D. Parfois, les douleurs sont décrites comme insomniantes.

Objectivement, nous constatons la présence d'une tuméfaction avec érythème et gradient thermique de la MP-D2 à D. Les cicatrices sont calmes. La force de serrage est diminuée avec au Jamar 14kg à D contre 42kg à G et au key-pinch, 2kg à D contre 9,5kg à G.

Sur le plan médical, le prochain contrôle à la consultation du Prof. Y. _____ est prévu le 02.11.2010. A cette occasion, il est possible, selon l'assuré, qu'une infiltration de cortisone lui soit proposée.

Du point de vue asséurologique, nous pouvons considérer dans les grandes lignes que la situation est stabilisée. En effet, quel que soit le traitement local, il est peu probable qu'une récupération de la mobilité et de la force, en particulier de serrage, s'améliore. Par contre, une amélioration des douleurs est possible.

Dans ces conditions, nous pouvons d'ores et déjà établir des limitations fonctionnelles qui sont le port de charges lourdes, les activités nécessitant une force de serrage et les mouvements répétitifs de préhension. Dans ces conditions, l'exigibilité est complète dans une activité adaptée."

Le 3 décembre 2010, le Prof. Y. _____, qui a eu connaissance de ce rapport, a écrit ce qui suit à la CNA :

"Je vous remercie du rapport que vous m'avez adressé concernant le patient susnommé. Je partage votre point de vue de considérer la situation comme stabilisée. L'absence de douleurs nous a fait renoncer à une infiltration pour l'instant. Comme déjà indiqué à plusieurs reprises et semble-t-il une appréciation que vous partagez, le patient ne pourra reprendre son activité de parqueteur. Il s'agit donc pour l'AI d'organiser un recyclage"

Le 23 mars 2011, le Prof. Y. _____ a envoyé la lettre suivante à la CNA :

"Le patient s'est à nouveau présenté à ma consultation le 22 mars. Les plaintes subjectives sont majeures: vives douleurs, impossibilité d'utiliser l'index compromettant l'usage global de la main. Objectivement, on mesure une mobilité 0-15-55. Il existe un léger œdème. Une radiographie faite le jour même montre une prothèse parfaitement bien en place. A signaler une symptomatologie cardiaque pour laquelle le patient a rendez-vous au service de Cardiologie au CHUV le 23 mars. Une incapacité de travail à 100% a été maintenue."

Le Dr D. _____ a pris position ainsi le 23 mai 2011 : "Selon l'examen du Prof. Y. _____ il y a effectivement une petite aggravation

avec l'apparition d'un flexum de 15°; l'impact fonctionnel est minime et les limitations fonctionnelles sont strictement identiques".

B. La CNA (secteur Suisse romande et Tessin, Team Ouest) a rendu le 10 mars 2011 une décision allouant à l'assuré une rente d'invalidité de 13 % dès le 1^{er} avril 2011 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 6'300 fr., fondée sur un taux de 5 %. La prise en charge du traitement et les indemnités journalières ont été garantis jusqu'au 31 mars 2011. L'assuré a formé opposition.

La CNA (secteur oppositions, Lucerne) a rejeté l'opposition par une décision rendue le 31 mai 2011. Les motifs de cette décision à propos de la rente d'invalidité sont les suivants :

"En ce qui concerne la rente d'invalidité, au plan médical, il ressort du rapport d'examen du Dr D._____, médecin d'arrondissement auprès de la Suva Lausanne, du 21 octobre 2010, qu'après notamment l'implantation d'une prothèse, un syndrome inflammatoire-algique et une raideur persistait. L'assuré se plaignait, au plan subjectif de douleurs de la main droite, parfois insomniantes, avec gonflement en fin de journée, et d'une diminution de la force de serrage de la main droite. Une tuméfaction avait été constatée. La situation était objectivement stabilisée; quel que soit le traitement local envisagé, il était peu probable qu'une récupération de la mobilité et de la force, en particulier de serrage, s'améliore. Par contre, une amélioration des douleurs était possible. Une activité lourde n'était plus raisonnablement exigible de l'intéressé. Les limitations fonctionnelles résultant de l'accident assuré étaient, selon ce médecin le port de charges lourdes, les activités nécessitant une force de serrage et des mouvements répétitifs de préhension. Dans une activité adapté au handicap, l'assuré pouvait travailler à plein temps et rendement ("exigibilité complète"). Cet avis est superposable à celui qui ressort du rapport des docteurs P._____ (FMH rhumatologie) et I._____, Clinique romande de réadaptation, à Sion (CRR), du 23 septembre 2010, selon lesquels subsistait notamment une symptomatologie douloureuse, sans argument pour une algodystrophie, avec un résultat qui semblait optimal après mise en place d'une prothèse. Le 3 décembre 2010, le Professeur Y._____ (FMH chirurgie plastique et reconstructive, chirurgie de la main), Service Universitaire de chirurgie plastique et reconstructive, chirurgie de la main, à Lausanne, a notamment indiqué qu'il partageait l'avis du Dr D._____ en ce qui concerne la stabilisation du cas. Il ressort de cette lettre que la recherche d'une nouvelle activité professionnelle était indiquée.

Certes, comme cela ressort du rapport du Professeur Y._____ du 23 mars 2011 (copie annexée à la présente décision), l'opposant considère que les problèmes de son index droit compromettent l'usage global de sa main. Ses plaintes subjectives sont majeures, avec de vives douleurs. Objectivement il existe un léger oedème, la prothèse est parfaitement bien en place, la mobilité de 0-15-55. Comme l'a noté le Dr D._____ le 23 mai 2011 (copie annexée à la présente décision), ce flexum de 15° représente une petite aggravation par rapport à son examen précédent. Cependant, à son sens, cela n'a qu'un impact fonctionnel

minime, et les limitations fonctionnelles sont identiques. Par ailleurs, le dossier ne révèle pas et personne ne prétend que de nouvelles interventions chirurgicales aient été entreprises depuis les appréciations respectives de la CRR et du médecin d'arrondissement. La stabilisation n'est nullement remise en question. Aussi force est de constater que les conclusions du Dr D. _____ relatives, notamment, à l'appréciation des répercussions des séquelles objectives de l'accident assuré sur l'usage professionnel de la main droite ont été prises en toute connaissance de cause, notamment des plaintes subjectives de l'intéressé. Elles sont tout à fait correctes.

En d'autres termes, pour faire écho à la remarque du Professeur Y. _____ sur le problème éventuel, bien légitime au demeurant, de compréhension de la décision attaquée - en notant toutefois que celle-ci était suffisamment motivée pour que l'intéressé s'y oppose aux motifs exposés plus hauts - l'ensemble des rapports médicaux déterminants au dossier s'accordent sur le fait qu'une capacité de travail n'est plus exigible dans une activité lourde et exigeante pour la main droite, comme par exemple celle de monteur antérieure au chômage. Par contre, l'assuré peut tout à fait travailler en plein dans une activité adaptée à son handicap, au sens des limitations médicales notées plus haut, et cela malgré les douleurs alléguées. C'est le lieu de préciser que, selon la jurisprudence de la Haute Cour, la prise d'antalgiques pour pouvoir exercer une activité adaptée au handicap fait partie de l'obligation de l'assuré de limiter le préjudice subi (arrêt du TFA U 417/04 du 22.04.2005, cons. 4.5)."

C. Le 4 mars 2009, H. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) a traité cette demande. Il a obtenu une copie des pièces du dossier de la CNA.

Sur la base des pièces médicales du dossier de la CNA (supra, let. A), le Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) a rédigé un rapport, du 10 décembre 2010, qui retient que l'assuré a une capacité de travail exigible de 100 % dans une activité adaptée ("à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation"), ses limitations fonctionnelles étant les suivantes: pas de port de charges lourdes, pas de travaux de force avec la main droite ni de gestes répétitifs de préhension avec cette main. Le rapport SMR fixe au mois d'août 2010 (séjour à la CRR) la date à partir de laquelle il y a une aptitude à la réadaptation.

Le 9 février 2011, l'OAI a communiqué à l'assurée un préavis intitulé "projet d'acceptation de rente, octroi d'une rente d'invalidité". Selon ce préavis, l'assuré a droit à une rente entière (invalidité de 100 %) pour la période du 1^{er} septembre 2009 (6 mois après le dépôt de la demande) jusqu'au 30 novembre 2010 (3 mois après l'amélioration de l'état de santé). Il est en effet exposé que dès le mois d'août 2010, une

pleine capacité de travail peut à nouveau être exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Pour calculer le degré d'invalidité dans cette seconde période, l'OAI a retenu les données statistiques, soit le salaire de référence auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 2008 (année d'ouverture du droit à la rente). Le salaire annuel sans invalidité a été fixé à 60'123 fr. et le revenu d'invalidité à 55'247 fr., compte tenu d'un abattement de 10 % justifié par les limitations fonctionnelles. En définitive, le degré d'invalidité est donc de 10 %, inférieur au seuil de 40 % pour le droit à une rente. L'OAI a encore considéré que des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires.

H._____ n'a pas présenté d'objections.

Le 11 août 2011, l'OAI a rendu une décision formelle d'octroi d'une rente limitée dans le temps, conforme au préavis du 9 février précédent.

D. Le 14 septembre 2011, H._____ a recouru au Tribunal cantonal contre la décision du 11 août 2011. Il demande principalement l'annulation de cette décision et le renvoi de l'affaire à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. A titre subsidiaire, il conclut à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'il a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité. En substance, le recourant reproche à l'OAI d'avoir "entièrement éludé" le dernier avis du Prof. Y._____, attestant d'une aggravation de son état de santé, et donc d'avoir constaté les faits pertinents d'une manière inexacte et incomplète. Il requiert la mise en œuvre d'une expertise, confiée à un spécialiste de la chirurgie de la main; il propose à cet effet deux collègues du Prof. Y._____ à la Clinique K._____, à savoir la Dresse M._____ et le Dr Q._____.

Dans sa réponse du 17 octobre 2011, l'OAI propose le rejet du recours. Il expose en particulier que les indications données par le Prof. Y._____ dans son rapport du 23 mars 2011 ne sont pas susceptibles de

remettre en cause l'appréciation selon laquelle la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cela vaut quand bien même le recourant a fait état de douleurs lors de la consultation du 22 mars 2011, la prise d'antalgiques afin de pouvoir exercer une activité adaptée au handicap faisant au demeurant partie de l'obligation de l'assuré de limiter le préjudice subi.

Le recourant a déposé un mémoire complémentaire le 28 novembre 2011. Il fait notamment valoir qu'au regard de l'aggravation constatée en mars 2011, l'OAI aurait dû, à tout le moins, demander un rapport complet au Prof. Y._____. Il s'est pour le reste référé à son mémoire de recours.

Le 13 décembre 2011, l'OAI a indiqué qu'il n'avait rien à ajouter.

Le 14 juin 2012, le recourant a réitéré la requête d'expertise contenue dans son recours et produit un nouveau certificat médical du Prof. Y._____, daté du 8 juin 2012, qui relate les plaintes du patient et les traitements entrepris à ce jour. Cet avis ne précise pas la date de la dernière consultation, qui paraît toutefois être postérieure au 1^{er} décembre 2011.

E. Par décision du 10 octobre 2011, le Juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire au recourant, avec effet au 14 septembre 2011. Il lui a désigné Me Christophe Piguet en qualité d'avocat d'office.

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 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal

des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours, dirigé contre une décision d'octroi d'une rente limitée dans le temps, a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable et il y a lieu d'entrer en matière.

2. Le recourant conclut à l'annulation totale de la décision attaquée. Il ne critique cependant pas, dans son argumentation, l'octroi rétroactif d'une rente limitée dans le temps, pour la période septembre 2009-novembre 2010. La contestation est ainsi limitée au refus d'une rente pour la période postérieure, à cause d'une amélioration de l'état de santé ou de l'aptitude à travailler. En quelque sorte, le recourant se plaint de ce que l'OAI a opéré une révision (au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA) alors que son taux d'invalidité n'aurait pas subi de modification notable; il se prévaut à ce propos de l'avis du médecin qui l'a suivi et opéré à plusieurs reprises après la lésion accidentelle à sa main droite.

a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité.

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde principalement sur des documents médicaux. 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 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 (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; 105 V 156 consid. 1).

b) Il faut examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, le tribunal ne peut juger 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 ou du spécialiste 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 137 V 210 consid. 1.1; ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Cela étant, selon la jurisprudence fédérale, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet

tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

c) Dans le cas particulier, le recourant ne critique pas les documents médicaux disponibles à la date du préavis de l'OAI (9 février 2011) et de l'avis du SMR (10 décembre 2010). Les rapports des médecins de la CRR et de la CNA retiennent une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles et le Prof. Y._____, dans sa lettre du 3 décembre 2010, admet qu'un recyclage est possible, l'ancienne activité de parqueteur n'étant plus exigible. Par cette affirmation, et aussi par le fait qu'il ne présente pas d'appréciation divergente en prenant position sur le rapport du médecin de la CNA, le Prof. Y._____ a émis un avis dont on peut déduire qu'une capacité de travail existe dans une activité professionnelle adaptée.

Le recourant se prévaut toutefois de l'avis émis par le Prof. Y._____ en date du 23 mars 2011. Ce rapport, destiné à la CNA, a été rédigé après la communication du préavis de l'OAI. En l'absence d'objections du recourant, l'OAI a rendu une décision formelle confirmant purement et simplement son préavis, sans mesures d'instruction supplémentaires. En particulier, il n'a pas demandé au SMR d'apprécier le rapport du Prof. Y._____ relatif à la consultation du 22 mars 2011. Cela étant, il apparaît clairement que ce rapport ne permet pas d'établir l'existence d'une aggravation significative, du point de vue de l'appréciation de la capacité d'exercer une activité professionnelle adaptée. La décision sur opposition de la CNA expose bien les motifs pour lesquels ce rapport n'est pas déterminant. Il fait état de "plaintes subjectives", qui ne sont en elles-mêmes pas propres à établir une aggravation de l'état de santé; sur le plan objectif, il ne retient pas de restriction à l'usage de la main. L'OAI était donc fondé à faire en quelque sorte abstraction de ce nouveau rapport médical, puisque la situation était

inchangée. Le rapport établi le 8 juin 2012 par le Prof. Y._____, postérieurement à la décision attaquée, n'apporte en somme rien de nouveau sur le plan médical (à propos de la capacité d'exercer une activité adaptée) et il ne saurait, dans ces circonstances, modifier l'appréciation qui précède. D'ailleurs, le spécialiste se trompe lorsqu'il prétend qu'aucune décision n'a été prise sur le plan asséculoologique, puisque l'OAI a statué le 11 août 2011 déjà. En outre, dans la mesure où il est fait état d'une éventuelle aggravation postérieure à la décision attaquée - le Prof. Y._____ mentionne des valeurs de mobilité de l'articulation mesurées en décembre 2011 puis encore ultérieurement - cette évolution n'est pas pertinente pour apprécier la légalité du refus de prestations en cause.

En l'absence de contradictions, et même de différences d'appréciation, dans les avis médicaux disponibles - ceux des médecins de la CNA, d'une part, et les avis successifs du médecin traitant -, il y a lieu de considérer que l'instruction est complète sur le plan médical, et que les rapports disponibles sont probants. En conséquence, il ne se justifie pas de mettre en œuvre une nouvelle expertise. Il convient de rappeler que les rapports de médecins d'assurance - en l'occurrence les médecins de la CNA - peuvent avoir la portée d'une expertise, quand il n'y a pas de doute quant à la fiabilité et à la pertinence de leurs constatations (cf. ATF 135 V 465).

d) Pour le surplus, le recourant ne critique pas les autres éléments pris en considération pour déterminer son taux d'invalidité. Il est, depuis août 2010, nettement inférieur au seuil de 40 % pour l'octroi d'une rente (art. 28 LAI). La décision attaquée ne viole donc pas le droit fédéral.

Les griefs du recourant à l'encontre de cette décision se révèlent dès lors mal fondés.

3. Il résulte des considérants que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

Le recourant ayant été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais de justice doivent être arrêtés, et une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, doit être fixée; les frais et l'indemnité seront supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art.18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

S'agissant du montant de l'indemnité – laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 RAJ) –, il y a lieu de relever ce qui suit : le conseil d'office a produit une liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée et arrêtée au montant de 2'219 fr. 40 (dont 164 fr. 40 de TVA) à titre d'honoraires et de 108 fr. (dont 8 fr. de TVA) à titre de débours, ce qui représente un total de 2'327 fr. 40, TVA comprise. Vu l'issue du recours, n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 11 août 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Christophe Piguet, conseil de recourant, est arrêtée à 2'327 fr. 40 (deux mille trois cent vingt-sept francs et quarante centimes), TVA comprise.
- V. Il n'est pas alloué de dépens.
- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Christophe Piguet, avocat (pour H. _____),
- 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 :