

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 septembre 2016

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Neu et Mme Di Ferro Demierre, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Raphaël Brochellaz, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 6ss, 16 et 17 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1-2 LAI ; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1980, sans formation professionnelle de base, a occupé divers emplois en Suisse. Il a ainsi travaillé, depuis le 1^{er} avril 2008, en dernier lieu, en qualité d'aide monteur-électricien à 100% pour le compte de l'entreprise S._____, dont le siège est à [...]. Son salaire mensuel brut s'élevait à 4'700 fr. à compter du 1^{er} janvier 2009, servi treize fois l'an, soit un revenu annuel de 61'100 francs. Il occupait, également depuis le 1^{er} avril 2008, un poste de concierge à titre accessoire (10h. / semaine environ) auprès de la société B._____, dont le siège est à [...]. Son revenu mensuel brut dans cet emploi était de 1'311 fr. depuis le 1^{er} janvier 2010 versé treize fois l'an, soit un revenu annuel de 17'043 francs.

Le 5 juillet 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations pour adultes tendant à l'octroi de mesures professionnelles et/ou d'une rente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office AI ou l'intimé). Il indiquait quant au genre de l'atteinte à la santé, souffrir de douleurs permanentes à la main droite (« index détruit et reconstruit bloqué ») à la suite d'un accident survenu le 21 janvier 2010.

Dans un rapport du 14 juillet 2010 à l'intention de l'OAI, le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, chef de clinique adjoint à la Clinique chirurgicale et permanence de [...] à [...], a posé comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'arthrodèse « IPP [interphalangienne proximale] de D2 à droite » ainsi que le diagnostic non invalidant de fracture « de la tête de P1 » et plaies multiples, à compter du 22 janvier 2010. Ce spécialiste retenait une incapacité de travail à 100% de l'assuré dès le 21 janvier 2010.

Dans un questionnaire pour l'employeur complété le 20 juillet 2010, la société B._____ a indiqué que l'activité de conciergerie

d'immeuble exercée par l'assuré impliquait l'accomplissement des tâches principales suivantes :

Quelles tâches font/faisaient partie de être effectuées? (supposition 8 h/jour)	A quelle fréquence par jour ces tâches doivent- l'activité? elles		
	1-5% ou jusqu'à env. ½ h rarement	6-33% ou ½ jusqu'à env. 3h3 parfois	34-66% ou jusqu'à 5¼ h souvent
Nettoyage cages d'escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dépoussiérage	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nettoyage extérieurs et tonte gazon	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrosages, rempl. ampoules, divers	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les exigences et les charges physiques étaient décrites comme il suit :

A quelles exigences/charges physiques et intellectuelles est/était confrontée la personne assurée?	A quelle fréquence par jour ces tâches doivent-elles être effectuées? (supposition 8 h/jour)		
	1-5% ou jusqu'à env. ½ h rarement	6-33% ou ½ jusqu'à env. 3h3 parfois	34-66% ou jusqu'à 5¼ h souvent
Physiques			
être assis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
rester debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
soulever ou porter (léger: 0-10 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
soulever ou porter (moyen: 10-25 kg)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soulever ou porter (lourd: plus de 25 kg)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intellectuelles			
concentration/attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
endurance	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soin	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
faculté d'interprétation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Le 23 juillet 2010, la CNA a transmis une copie du dossier de l'assuré à l'OAI. Il en ressort notamment les pièces et documents suivants :

- des déclarations de sinistre « LAA » complétées les 21 janvier et 8 février 2010, respectivement par S._____ et B._____, mentionnant la description d'un événement survenu le 21 janvier 2010 à 10h.30 ;

- un rapport initial du 26 février 2010 adressé à la CNA par le Dr E._____, médecin-assistant du service des urgences des [...] ([...]), ayant prodigué

les premiers soins. Ce praticien a posé le diagnostic de fracture comminutive multi-fragmentaire P1D2 distale intra-articulaire. Retenant une incapacité de travail dès le 21 janvier 2010 à réévaluer, le Dr E._____ mentionnait une suite de prise en charge du patient en policlinique d'orthopédie à une semaine ;

- un rapport intermédiaire du 3 juin 2010 adressé à la CNA par le Dr L._____ mentionnant une reprise d'activité à 50% en date du 21 juin suivant ;

- un compte-rendu d'entretien du 28 juin 2010 rédigé par l'inspecteur Q._____ de la CNA [...], dont il ressort ce qui suit :

“Activité :

M. A._____ est arrivé en Suisse à l'âge de 10 ans et a effectué sa scolarité normale. A l'âge de 16 ans, il a travaillé une année chez [...] à [...] puis il a refait une année d'école en espérant décrocher un apprentissage. Il est ensuite retourné à [...] jusqu'en 2005 environ, puis il a fait 2 ans chez [...] avant d'entrer chez S._____ où il a reçu une attestation de formation d'aide-électricien.

A part cela, il tient la conciergerie de son immeuble et des 2 entrées à côté. Il estime que cela lui prend plutôt 15h par semaine que 10. Il fait cela seul. Son épouse ne participe pas.

Nationalité Suisse, 2 enfants. Toute la famille va bien.

Antécédents :

Absolument rien. Droitier.

Faits :

Le 21 janvier 2010, M. A._____ a mis en marche un moteur électrique qui devait être monté sur l'aspiration d'une machine à découper. Il a voulu en contrôler le sens de marche et l'a mis en route. Le moteur a dansé sur place et lui a écrasé la main droite.

Le client chez qui il travaillait n'y est pour rien. Il est seul en cause.

Evolution :

Les premiers soins ont été donnés à l'HZ [...] puis, sur conseil téléphonique de la Suva, il s'est rendu à [...] pour la suite.

Le 9 avril, le Dr L._____ lui a posé une plaque à l'IPP de l'index droit. Cette articulation est donc définitivement bloquée.

Depuis, avec l'ergothérapeute, on tente de mobiliser l'IPD et la MP. L'IPD ne bouge quasi pas et la mobilisation de la MP est douloureuse. Il y a juste du Dafalgan pour les douleurs. Il n'ose pas serrer la main pour saluer.

La dernière consultation a eu lieu le 31 mai et la prochaine est prévue le 30 juin 2010. L'ergothérapie vient de se terminer et une nouvelle ordonnance devrait être délivrée.

La reprise du travail du 21 juin a échoué. M. A. _____ n'a pas tenu 2 heures. Il ne peut rien faire. Il a très mal à la main. En plus, la sensibilité de l'index opéré n'est pas bonne. C'est lui qui a décidé d'arrêter, d'autant plus que son patron, avec lequel il s'entend très bien, lui a expliqué que "dans son métier, un 50% n'était pas possible et qu'il avait besoin de quelqu'un à 100%".

La main droite est tuméfiée, particulièrement sur le dessus et au niveau de l'index. La paume de la main est pâle, mouchetée, et transpire beaucoup. La main, surtout dessus, est diffusément douloureuse. Le Dr L. _____ sait cela mais n'a pas fait de commentaire.

AI :

M. A. _____ a été prié de s'annoncer à cette institution. Il va s'en occuper. Il maîtrise l'informatique de base.

Il est inquiet pour son futur et veut guérir. Ancien professeur de boxe, il sait qu'il ne pourra plus exercer ce sport. [...]” ;

- un second rapport intermédiaire du 29 juin 2010 du Dr L. _____ retenant notamment le diagnostic de statut post-arthrodèse « IPP D2 droite ». Selon ce chirurgien, une reprise de travail était impossible justifiant un reclassement de l'assuré. Un dommage permanent était à craindre (perte de mobilité de l'IPP droite). Le traitement prodigué consistait en des séances d'ergothérapie à fréquence régulière ;
- un certificat du 30 juin 2010 du Dr L. _____ attestant une incapacité de travail de l'assuré à 100%, à réévaluer le 30 juillet suivant ;
- des décomptes d'indemnités journalières servies à l'assuré pour la période du 24 janvier 2010 au 31 juillet 2010 ;
- un rapport du 20 juillet 2010 consécutif à un examen clinique de l'assuré par le médecin d'arrondissement dans lequel le Dr K. _____, spécialiste en chirurgie, s'est prononcé comme il suit sur les suites de la prise en charge :

“EN RESUME :

Nous sommes à 6 mois d'un écrasement de la main D avec fracture comminutive multi-fragmentaire intra-articulaire de P1-D2 de la main D et fracture distale de P3-D4 de la main D, associées à des plaies dorsales des doigts 2 à 5. Status après arthrodèse de l'IPP du 2^{ème} doigt de la main D le 09.04.2010. Très probable Sudeck de la main D.

Dans ces conditions et avec l'aval du chirurgien de la main du patient, le Dr L._____, et l'accord du patient, hospitalisation à la CRR.".

C. Selon le questionnaire pour l'employeur complété le 30 juillet 2010 par S._____, les tâches principales de l'assuré, en sa qualité d'aide monteur-électricien, comprenaient « tous travaux de montage, dépannage, entretien d'installations électriques, principalement dans le domaine industriel = concentration maximum, poids à déplacer relativement élevés, efforts fournis permanents + mobilité des doigts de la main active absolument nécessaire ».

Au terme d'un rapport d'évaluation initial du 10 août 2010 de l'OAI, il était convenu d'attendre les conclusions de l'hospitalisation pour rééducation intensive prévue à la CRR, d'en présenter les conclusions au Service Médical Régional (SMR) de l'AI puis d'envisager les démarches à entreprendre en fonction des conclusions de ces médecins.

L'assuré a séjourné dans le service de réadaptation de la CRR du 18 août au 22 septembre 2010, date de son retour à domicile. Dans leur rapport du 8 octobre 2010, les Drs H._____, médecin-associé spécialiste en rhumatologie, et I._____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics suivants :

"DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour algodystrophie de la main droite

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- Le 21.01.2010 : accident au travail avec :

- écrasement de la main droite

- fracture comminutive multi-fragmentaire intra-articulaire de P1 d2, ouverte et fracture ouverte houppe d2

- fracture distale de P3 d4, ouverte

- plaies dorsales d2-d5 à droite, suturées

- Le 09.04.2010 : arthrodèse IPP de l'index à droite"

Les spécialistes de la CRR se sont ensuite prononcés en ces termes :

“APPRECIATION ET DISCUSSION

1. A sept mois de l'accident, et quatre mois de l'arthrodèse de l'IPP de l'index droit le patient juge l'évolution défavorable. Le problème principal pour lui est les douleurs permanentes accentuées à tous les efforts et mouvements au niveau du poignet et de la main jusqu'à 8/10 sur l'échelle EVA, prenant le poignet et toute la main droite. La mobilité du poignet est signalée déficitaire. En ce qui concerne la mobilité des doigts elle est complète, hormis l'index qui présente une raideur due à l'arthrodèse de l'IPP. A la demande le patient confirme la sensation de froid au niveau de cette main, une hypersudation et des changements de couleur. L'antalgie par Dafalgan, AINS et Tramal en réserve le soulage un peu. Il est régulièrement suivi en ergothérapie, à raison de 2-3 séances par semaine.

Au status on constate des signes compatibles avec une algoneurodystrophie active de la main droite dont une hypersudation, une sensation de froid de la main droite, une certaine raideur du poignet. Il n'y a pas de troubles neurologiques en-dehors de l'allodynie au niveau de l'index.

Un bilan sanguin d'entrée effectué le 19.08.2010 est sp, hormis une leucocytose à la limite supérieure de la norme.

Une RX des deux mains de face, de l'index et de l'annulaire droit effectuée le 20.08.2010 montre une légère déminéralisation de la main droite, une bonne consolidation de la fracture de l'index, avec une plaque en place.

Une scintigraphie osseuse du 26.08.2010 confirme le diagnostic clinique d'algoneurodystrophie de la main droite au stade II.

Dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire, M. A._____ bénéficie d'une prise en charge psychologique pour gestion de l'incertitude quant à son avenir professionnel et pour les explications sur l'algoneurodystrophie.

En ce qui concerne le traitement de l'algoneurodystrophie le traitement de Miacalcic n'a pas été supporté par le patient. Il dit être plus confortable avec l'antalgie de Méfénacide et le Co-Dafalgan. Les douleurs ont été légèrement augmentées durant le séjour.

M. A._____ a été pris en charge en ergothérapie, en individuel et en groupes, avec comme objectifs, l'amélioration de la dextérité fine, l'augmentation de la force de préhension, une meilleure capacité fonctionnelle globale de la main et la diminution des paresthésies de d2 et d3 à droite. Au cours du séjour, on note une discrète amélioration du pourcentage d'utilisation fonctionnelle de la main droite, qui a été évalué au bilan 400 pts avec un score final de 38 % (gain de 8 % sur le séjour). Il s'agit de la moyenne des épreuves suivantes : mobilité

de la main 52 % (gain de 8 % sur le séjour); force de préhension 20 % (gain de 7 % sur le séjour); prise monomanuelle et déplacements d'objets 41 % (gain de 13 % sur le séjour); fonction bimanuelle 40 % (5 % de gain sur le séjour). La ponctualité et la participation ont été élevées. Au cours du séjour, une orthèse nocturne de positionnement du poignet et des doigts a été fournie au patient. A la sortie, le patient poursuivra une prise en charge d'ergothérapie à raison de 2 x/semaine.

Un programme de renforcement global a été effectué lors des séances de physiothérapie en groupes. Il n'y a pas de proposition de poursuite ambulatoire de la physiothérapie.

Le prochain contrôle chez son chirurgien est prévu le 24.09.2010.

2. Sur le plan socio-professionnel :

M. A. _____ au moment de l'accident exerçait la profession d'aide monteur-électricien dans une petite entreprise. Actuellement la situation médicale n'est pas encore stabilisée et la reprise de travail pas encore possible. Nous prolongeons donc l'incapacité de travail qui devrait être réévaluée à distance par son chirurgien-traitant. A rappeler qu'une demande AI de réinsertion professionnelle a été déposée avant le séjour dans notre clinique, le 08.07.2010.

En résumé :

Il s'agit d'un patient de 30 ans, aide monteur-électricien, qui a eu un accident au travail le 21.01.2010, avec écrasement de la main, et multiples fractures des doigts. Le 09.04.2010, une arthrodèse de l'IPP de l'index droit a été effectuée. Les suites postopératoires se compliquent de l'apparition des symptômes compatibles avec une algodystrophie. Durant le séjour dans notre service, le diagnostic a été confirmé par la scintigraphie osseuse et la clinique. Avec la prise en charge multidisciplinaire, on note une légère amélioration du fonctionnement de la main droite, mais le patient reste très algique et il existe un flexum de l'IPP de l'index à droite suite à l'arthrodèse. Actuellement la situation médicale n'est pas encore stabilisée. Une reprise du travail n'est pas encore envisageable. L'évolution devrait en théorie être favorable mais le patient reste douloureux et a du mal à accepter que l'évolution va être longue. On note aussi un fonctionnement "tout ou rien" qui pourrait compliquer l'évolution. Une réadaptation active est à continuer en ambulatoire, en ergothérapie.

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE D'AIDE MONTEUR-ELECTRICIEN

- 100 % du 18.08.2010 au 24.09.2010.

TRAITEMENT A LA SORTIE

- Mefenacide 500 mg x 3/jour.
- Nexium 20 mg.
- Co-Dafalgan 2 cp x 4/jour.
- Ergothérapie 2 x/semaine, 9 séances à long terme."

En annexe à ce rapport, figuraient les pièces suivantes :

- un rapport du 27 août 2010 de scintigraphie osseuse « triphasique » effectuée le jour précédent par le Dr V._____, médecin-chef du département d'imagerie diagnostique et interventionnelle du Centre [...] ([...]) à [...]. Cette imagerie confirmait que l'état de la main droite de l'assuré était compatible avec une algoneurodystrophie au stade II ;

- un rapport non daté de l'ergothérapeute O._____ de la CRR, consécutif à une prise en charge quotidienne de l'assuré du 19 août au 21 septembre 2010 dont il ressort en substance, qu'excepté une utilisation plus fréquente de son index droit durant les manipulations fines et légères et une force de préhension légèrement améliorée, peu de progrès étaient à noter. La douleur, encore importante, limitait l'usage optimal de sa main droite par l'assuré dans les activités ;

- un rapport du 24 août 2010 de radiographie « main (gauche, droite), doigt II (droite), doigt IV (droite) du 20.08.2010 » dans lequel, les Drs I._____, médecin-adjoint, et X._____, médecin-assistant du département d'imagerie diagnostique et interventionnelle du [...], ont fait les constatations suivantes :

“Description :

La main droite présente un status après arthrodèse de l'articulation IPP du 2^{ème} rayon par plaque vissée sans résorption osseuse autour du matériel de fixation. Pas de solution de continuité visible.

Solution de continuité à l'extrémité distale de la 3^{ème} phalange du 4^{ème} rayon avec un cal osseux en formation. Parties molles sp.

Main gauche sans lésion post traumatique.” ;

- un rapport non daté du physiothérapeute diplômé D._____ de la CRR dont il résulte l'absence de proposition thérapeutique à formuler, l'assuré ayant été instruit à un programme d'exercices à domicile.

Selon une note au dossier de la CNA du 15 octobre 2010, le Dr K._____ estimait qu'il était trop tôt pour considérer la situation comme

étant stabilisée, une surveillance avec une réévaluation d'ici à la fin de l'année étant de mise.

Au terme d'un avis médical du 13 décembre 2010, le Dr C._____, médecin au SMR, a constaté qu'à la suite du séjour à la CRR, l'assuré restait algique et handicapé (algoneurodystrophie) de la main droite et que la situation n'était pas stabilisée. Compte tenu des chances réduites de guérison complète, la mise en place immédiate de mesures de réadaptation professionnelle était suggérée. L'évolution du cas était à suivre avec la CNA. Le médecin du SMR indiquait encore que les limitations fonctionnelles relevaient encore temporairement d'une activité principalement mono-manuelle, tout en admettant une pleine capacité de travail.

Par communication du 23 décembre 2010 de l'OAI, l'assuré a bénéficié de mesures d'intervention précoce sous la forme de prise en charge des frais d'une orientation professionnelle auprès de l'OSEO Vaud à [...], du 5 janvier au 24 avril 2011.

Le 1^{er} février 2011, la CNA a transmis à l'Office AI, la copie des pièces médicales suivantes :

- un rapport du 10 novembre 2010 du Dr R._____, médecin-chef à la Clinique chirurgicale et permanence de [...] informant le médecin-conseil de la CNA de sa reprise du suivi dès le 3 novembre 2010. Une radiographie pratiquée le 10 novembre 2010 montrait une IPP consolidée, sans douleur neurogène. Un geste chirurgical (ablation de la plaque et une ténolyse de l'appareil extenseur) afin d'améliorer la mobilité de l'index droit était proposé par ce chirurgien ;
- un rapport intermédiaire du 2 décembre 2010 du Dr R._____ posant les diagnostics de status à onze mois post fracture de la tête P1 et de l'index droit et de status à huit mois post arthrodèse « IPP de D2 à droite ». Il mentionnait la nécessité de procéder à un examen de l'assuré par le médecin d'arrondissement de la CNA ;

- un rapport du 27 janvier 2011 du Dr K. _____, dont la teneur était la suivante :

“APPRECIATION DU CAS :

M. A. _____ présente toujours des signes florides d’algodystrophie. La situation n’est pas stabilisée.

Le pronostic fonctionnel de la main D reste excellent en-dehors du fait que le patient gardera toujours des articulations interphalangiennes proximale et distale du 2^{ème} doigt de cette main bloquées en extension.

Il nous paraît important que le patient soit suivi régulièrement par le Dr R. _____ à [...]. Nous laissons le soin à notre confrère, qui nous lit, de décider de l’opportunité d’une reprise de l’ergothérapie comme de l’éventuelle indication à adresser le patient à une consultation d’antalgie avec éventuelle indication à un bloc sympathique. Nous remercions le Dr R. _____ de nous tenir régulièrement au courant de l’évolution de ce patient.”

Dans un rapport final du 29 avril 2011, les spécialistes en réinsertion professionnelle de l’OAI ont conclu à la possibilité de l’assuré, au vu de ses bonnes facultés mnésiques ainsi que son sens pratique, d’accéder à un apprentissage de niveau pratique dans le cadre d’une reconversion professionnelle. En revanche, ses connaissances scolaires, sa capacité d’attention et de concentration ne lui permettaient pas d’entreprendre une formation professionnelle théorique.

Il ressort d’une note interne du 3 mai 2011 de l’OAI, la nécessité de poursuivre les démarches d’intervention précoce par une mesure auprès du centre de formation professionnelle spécialisé [...] à [...] pour envisager un reclassement pratique de l’assuré dans ses ateliers, d’une durée de six à douze mois.

Du 6 juin au 1^{er} juillet 2011, l’assuré a suivi la mesure d’orientation précitée. Le rapport final « MIP » (mesures d’intervention précoce) du 14 juillet 2011 des responsables du centre [...] contient les observations et conclusions suivantes :

“[...]Poursuite ou changement de formation possible

Afin de confirmer le choix métier de Monsieur A._____, il a eu l'occasion de suivre une journée de formation découverte à l'atelier mécanique (Praticien en mécanique) le 4 juillet 2011.

A cette occasion diverses tâches lui ont été proposées: pièces de base, ébavurage, calibrage, sciage.

Observation à l'atelier mécanique par le formateur :

Monsieur A._____ a démontré un bon investissement et de l'intérêt lors de cette journée découverte, ainsi qu'une volonté d'apprendre.

Par contre, Monsieur A._____ s'est plaint relativement vite des douleurs à la main droite provoquées par les différentes tâches effectuées, lors des mises en situation.

Par ailleurs, il s'est rendu à l'infirmerie pour obtenir des anti-inflammatoires (ceci après 3h de travail)

Monsieur A._____, lors du bilan de ce bilan final, indique : « *j'ai trop mal et j'arrive pas à travailler avec ma main droite, je ne peux pas travailler avec ce handicap, et aussi je vais demander une contre-expertise médicale pour régler ce problème de main* ».

A ce jour, Monsieur A._____ est un peu perdu et n'a pas d'idée précise de ce qu'il pourrait entreprendre en lien avec la problématique citée ci-dessus, mis à part suivre des cours de base (français-mathématiques).

Quelques pistes sur ce thème lui ont été données, comme s'inscrire auprès de l'association « [...] ».

Propositions

[...] a suggéré à Monsieur A._____ d'entreprendre des démarches auprès de [...] pour voir dans quelles mesures un petit emploi pourrait lui être proposé. L'idée est d'intégrer cette entreprise et pouvoir devenir conducteur de locomotive d'un petit réseau dans un second temps."

Dans un rapport du 11 août 2011 adressé au médecin-conseil de la CNA, le Dr R._____ relevait qu'étant donné l'absence de possibilité chirurgicale il mettait un terme au traitement à [...], renvoyant son patient à l'option d'un traitement ambulatoire antalgique à l'Hôpital de [...].

Dans son rapport du 1^{er} septembre 2011, le Dr K._____ a posé les diagnostics suivants : status après écrasement de la main D le 21.01.2010 avec fracture comminutive multi-fragmentaire intra-articulaire de P1-D1 de la main D, fracture distale de P3-D4 de la main D associée à des plaies dorsales des doigts 2 à 5, de status après arthrodèse de l'IPP du 2^{ème} doigt de la main D le 09.04.2010 et d'algoneurodystrophie de la main D. Ce chirurgien notait toujours la présence de signes

d'algoneurodystrophie active à dix-neuf mois de l'accident et que l'assuré excluait presque complètement l'utilisation de son membre supérieur droit. Il a été proposé à ce dernier de s'adresser au Centre de la douleur à la Clinique [...] étant précisé qu'il n'avait pas été totalement convaincu par la consultation d'antalgie à l'Hôpital de [...].

Dans un nouvel avis SMR du 11 octobre 2011, le Dr C. _____ a relevé ce qui suit :

“Situation toujours non stabilisée à 19 mois de l'accident pour la SUVA (Dossier LAA SUVA en date du 05.09.11). L'assuré va être adressé à la clinique de la douleur de la clinique [...] puisque l'assuré n'était pas satisfait des prestations de la clinique de la douleur de [...].

Il semble que lors des contrôles médicaux, notre assuré se présente comme une personne exclusivement mono-manuelle, sans aucune fonctionnalité de sa main Dte.

Les mesures mises en place par l'OAI n'ont réellement [pas été] couronnées de succès car l'assuré a des demandes qui dépassent semble-t-il le cadre des prestations qui lui sont accessibles. Le rapport du centre [[...]] nous laisse un tout petit peu perplexe car il apparaît que l'assuré se présente et se comporte volontairement comme mono-manuel exclusif, mais lors de certaines tâches ou à certains moments lorsqu'il « s'oublie » il utilise sa main droite.

Si cela entre dans le cadre de nos coopérations avec la SUVA, il pourrait être utile de faire parvenir à la SUVA une copie du rapport des mesures car nous sommes toujours en attente des conclusions de la SUVA.

Pour le moment la situation n'est donc pas stabilisée tant que la SUVA ne s'est pas positionnée, et donc la CT [capacité de travail] de notre assuré est nulle ou faible dans son activité habituelle mais elle est pleine et entière dans toute activité principalement mono-manuelle.”

Par communication du 20 octobre 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était envisageable compte tenu de son état de santé. Son droit à une éventuelle rente allait être examiné.

Dans un rapport du 5 mars 2012, le Dr K. _____ a constaté que la situation n'était toujours pas stabilisée. Il convenait d'attendre le résultat de traitements invasifs devant débuter le 9 mars suivant auprès

du Centre de la douleur à la Clinique [...]. Un nouveau bilan était prévu à six mois.

Le 12 septembre 2012, la CNA a transmis à l'OAI, la copie des nouveaux éléments suivants :

- la lettre de licenciement du 18 juin 2012 de B._____ mettant un terme au contrat de travail de l'assuré avec effet au 30 septembre 2012. Le motif invoqué était des réaménagements dans le domaine de la conciergerie dans le sens de la suppression de postes à temps partiel remplacés par ceux à plein temps ;

- un rapport du 10 septembre 2012 du Dr K._____ dont il ressort ce qui suit :

"5. Appréciation

Nous nous trouvons à plus de 2 ans et demi d'une fracture comminutive multifragmentaire articulaire de P1 au 2^{ème} doigt de la main D avec fracture distale de P3 du 4^{ème} doigt et plaies des doigts 2 à 5.

En avril 2010, arthrodèse de l'articulation inter-phalangienne du 2^{ème} doigt de la main D.

Le 18.08.2010, hospitalisation à la CRR où le diagnostic d'algoneurodystrophie de la main D de stade II a été posé.

Depuis ce séjour à la CRR, il semble que la situation n'ait pas beaucoup évolué. Le patient a eu une prise en charge antalgique avec deux blocs stellaires qui n'ont pas apporté les résultats escomptés. L'indication à une neuro-modulation a été posée mais n'est pas désirée actuellement par le patient.

Actuellement, le patient désire tester ce qu'il est capable de faire du point de vue professionnel en espérant qu'une reprise d'activité lui permettra d'oublier ou de surmonter sa symptomatologie douloureuse.

A l'examen clinique, persistance de signes végétatifs avec froideur, sudation profuse et cyanose de la face palmaire et des doigts de la main D, douleurs à la palpation de la région de la tabatière anatomique D de la face dorsale du 2^{ème} doigt de la main D, légère limitation de flexion des articulations inter-phalangiennes proximale et distale des doigts 3 à 5 D, articulations inter-phalangiennes proximales bloquées avec environ 20° de flexion et fortes limitations de la mobilité de l'articulation inter-phalangienne distale du 2^{ème} doigt de la main D.

Dans ces conditions et avec l'accord du patient, nouvelle hospitalisation à la CRR en vue d'une phase I."

Dans leur rapport du 7 novembre 2012, consécutif au nouveau séjour de l'assuré du 2 au 29 octobre 2012 à la CRR, les Drs H. _____ et U. _____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics suivants :

"DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs chroniques et limitation fonctionnelle de la main droite

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- Syndrome douloureux régional complexe type 1 (algodystrophie) de la main droite
- Le 21.01.2010 : accident au travail avec :
 - écrasement de la main droite
 - fracture comminutive multi-fragmentaire intra-articulaire de P1 d2, ouverte et fracture ouverte houppe d2
 - fracture distale de P3 d4, ouverte
 - plaies dorsales d2-d5 à droite, suturées
- Le 09.04.2010 : arthrodèse IPP de l'index à droite
- Trouble anxieux et dépressif mixte"

Ces médecins se sont prononcés comme il suit :

"APPRECIATION ET DISCUSSION

1. [...] Au status on constate la présence de signes végétatifs avec hypersudation, cyanose et froideur de la main droite. La peau est d'aspect lisse. Douleurs à la palpation de la tabatière anatomique et de l'articulation radio-ulnaire sur la face palmaire et dorsale. Douleurs à l'index à la mobilisation active et passive. Légère limitation globale des amplitudes articulaires et des interphalangiennes proximales et distales de D3 à D5 et dans une moindre mesure au niveau des métacarpo-phalangiennes. Concernant l'index il y a un flexum non réductible de 30° et la mobilité de la phalange distale de D2 est seulement mobile passivement, entre 5°-10°. Hypoesthésie globale de la main droite. Tinel négatif.

Du point de vue psychiatrique un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte est posé, pour lequel il a été proposé un soutien psychologique et également la participation au groupe "douleur et changement".

La prise en charge de physiothérapie a compris la mobilisation active du membre supérieur droit, la tonification des abaisseurs de l'épaule droite, la proprioception du membre supérieur droit, associée à de l'électrothérapie antalgique et du kinésiotaping de la main. A la fin du séjour, le patient peut faire des activités légères, avec la main droite, avec apparition rapide des douleurs

et principalement le soir. Aucune proposition de poursuite ambulatoire des séances de physiothérapie n'a été envisagée.

La prise en charge d'ergothérapie s'est axée sur la mobilisation passive des doigts de la main droite, les bains de Paraffine, les manipulations fines avec mécano et des exercices actifs avec intégration de tous les doigts dans diverses préhensions et manipulations. A fin du séjour, le patient utilise uniquement la pince D1-D2, pulpo-latérale ou la prise commissurale du pouce dans les activités. Le troisième, le quatrième et le cinquième doigts sont totalement exclus et généralement maintenus en extension. Aucun suivi des séances ambulatoires d'ergothérapie n'est envisagé.

En ce qui concerne le traitement du SDRC [syndrome douloureux régional complexe] nous n'avons pas de proposition supplémentaire, divers traitements ont été essayés et le patient ne souhaite pas de thérapies invasives de la douleur. La situation est stabilisée avec toujours des signes actifs de SDRC à deux ans et demi de l'accident.

2. Sur le plan socio-professionnel :

Il s'agit d'un patient de 32 ans, d'origine bosniaque, naturalisé suisse. Le patient a obtenu en 2008 une attestation de formation d'aide-électricien, activité dans laquelle le patient a travaillé depuis pour la même entreprise. Le patient est toujours sous contrat de travail. M. A. _____ effectuait également une activité de conciergerie pour une autre entreprise, de laquelle il a été licencié en septembre 2012. Une demande AI a été déposée en juillet 2012 [recte : 2010].

Lors de la mini ECF, au questionnaire HFS qui auto-évalue les capacités fonctionnelles du patient, le score de 148 est atteint ce qui correspond à un niveau d'effort sédentaire ou essentiellement assis à léger. Lors des tests de port de charges, le niveau d'effort atteint est léger (5 à 10 kg), le patient sous-estime donc ses capacités fonctionnelles. La volonté de donner le maximum a été incertaine mais le niveau de cohérence de l'évaluation est élevé.

Aux ateliers professionnels, le patient a été évalué dans des activités diverses correspondant à un niveau d'effort léger (5 à 10 kg). Il est noté une exclusion quasi complète de la main droite en raison des douleurs alléguées dans toutes les activités même légères. Le patient n'est actuellement pas preneur d'une phase 1 à la clinique, il préfère essayer de trouver lui-même une nouvelle activité auprès d'un ami qui a une société de micro mécanique. On rappelle que le patient a déjà été évalué par l'AI pour recherche de nouvelles pistes professionnelles et qu'il a toujours des droits ouverts pour une nouvelle mesure de type phase 1 sous certaines conditions.

Pour nous, la situation clinique est stabilisée, en l'absence de nouvelle proposition thérapeutique. L'ancienne activité n'est plus possible. Le patient devrait pouvoir fonctionner à plein temps dans une activité légère, avec charges inférieures à 10 kg, sans utilisation de la force, avec utilisation prépondérante de la main gauche (la main droite étant utilisée comme appoint). Les obstacles à une réintégration professionnelle nous semblent

plutôt être des obstacles extra-médicaux: exigences particulières envers un nouvel emploi, kinésiophobie, auto-évaluation de ses propres capacités fonctionnelles très basses. L'existence d'un trouble anxieux et dépressif peut aussi jouer un rôle. Nous proposons que la situation soit suivie de près par la suva et l'office AI.

Un rendez-vous de contrôle chez le Dr G. _____ est à prévoir.

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE D'AIDE-ELECTRICIEN

- 100 % définitivement.

TRAITEMENT A LA SORTIE

- Dafalgan 1 g maximum 3 cp/jour en réserve.
- Tramal gttes maximum 2 pushes 2x/jour en réserve.”

En annexe à ce rapport, figuraient les pièces suivantes :

- un nouveau rapport d'ergothérapie non daté établi par O. _____ dont il résulte que l'assuré utilisait peu sa main droite en raison de douleurs ressenties avec uniquement, une nette amélioration de l'hyperesthésie de D2 depuis le précédent séjour en 2010. Un suivi ambulatoire n'était pas indiqué au vu de l'inefficacité des techniques appliquées ;

- un rapport du 8 octobre 2012 de consilium psychiatrique du 4 octobre 2012 au terme duquel, la Dresse W. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à la CRR, a posé le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) sur la base des constatations suivantes :

“Appréciation

Il s'agit donc d'un patient qui présente une évolution défavorable d'une algodystrophie à 2 ans et demi d'un accident de travail avec écrasement de la main droite. Sur le plan psychique, il a progressivement développé une réaction anxiodépressive, dont la persistance me fait retenir le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte. Cela se traduit notamment par des crises de panique, un sentiment de souffrances psychologique avec culpabilité, dévalorisation et isolement social et affectif. Dans ce contexte, je propose d'offrir un soutien psychologique axé sur la gestion de l'anxiété, mais également en vue de l'éventualité d'envisager une reconversion professionnelle. Par ailleurs, la participation au groupe « Douleurs et changements » me semble également à tenter. Le patient a décliné la proposition d'une

médication antidépressive, mais sait que je reste à disposition pour en rediscuter le cas échéant.”

Le 1^{er} février 2013, la CNA a transmis un nouveau rapport du 28 janvier 2013 du Dr K. _____ à la teneur suivante :

“5. Appréciation

Nous nous trouvons donc à 3 ans d'un accident ayant entraîné une fracture comminutive mufti-fragmentaire distale intra-articulaire de P1 du deuxième doigt de la main D et d'une fracture de P3 du 4^{ème} doigt de cette main D.

Après une première tentative de traitement conservateur, arthrodèse de l'articulation inter-phalangienne proximale de l'index D le 09.04.2010.

Dans les suites, développement d'un SDRC.

Après un premier séjour à la CRR, une prise en charge antalgique par un Centre d'antalgie puis un deuxième séjour à la CRR, la situation semble actuellement stabilisée.

Objectivement, le patient se plaint d'un fond douloureux constant au niveau de sa main D, perturbant son sommeil environ 1 nuit sur 2. Ce fond douloureux est augmenté à la moindre sollicitation des doigts de la main D et au froid.

A l'examen clinique, froideur et augmentation de la sudation en particulier de la paume de la main D et de la face palmaire des doigts de la main D, limitation complète de la flexion active des articulations inter-phalangiennes proximale et distale du 2^{ème} doigt de la main D avec limitation de la flexion passive de l'articulation inter-phalangienne distale de ce doigt à 45° et limitation active de la flexion des articulations inter-phalangiennes proximale et distale des doigts 3 à 5 de la main D permettant le contact de la pulpe du 3^{ème} doigt avec la paume de la main D et avec DPP de 0,5 cm pour le 4^{ème} doigt de la main D et de 1 cm pour le 5^{ème} doigt de la main D. Légère hypoesthésie de cette main D, très nette diminution de force de la main D et légère atrophie du bras D.

Du point de vue professionnel, le patient n'a plus aucune capacité de travail en tant qu'aide monteur-électricien ou en tant que concierge. Il a, par contre, une capacité de travail entière dans une activité n'utilisant la main D que comme appoint, sans effort de cette main D correspondant au port de charges de plus de 3 kg, sans mouvement fréquent et répétitif des doigts de la main D et sans travaux fins de la main D.

Reste à la charge de la Suva, le traitement antalgique prescrit pour la symptomatologie douloureuse de la main D.

L'IPAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité] fait l'objet d'une appréciation séparée.”

Selon une note de suivi du 15 avril 2013, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a convenu de la mise en place de mesures d'orientation ou de reclassement professionnel afin de soutenir l'assuré dans sa réinsertion professionnelle dans un emploi adapté à 100%, comprenant les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'utilisation de la main droite (que comme appoint), sans effort de la main droite de plus de 3 kg, sans mouvement répétitif des doigts de ce membre et sans travaux fins de la main droite.

Par communication du 3 juin 2013, l'Office AI a pris en charge les frais d'un stage d'observation professionnelle auprès du Centre [...] ([...]), du 10 juin au 9 août 2013.

A teneur d'une note de suivi du 11 juin 2013, la responsable de l'observation bilan au [...] a informé l'OAI que, dès le troisième jour de mesure, l'assuré s'était plaint de douleurs à la main et de vertiges consécutivement à la médication et l'essai du suivi de ladite mesure à 50%. Dans un certificat du 12 juin 2013, le Dr G._____, médecin généraliste traitant exerçant au Centre [...] à [...] attestait un arrêt de travail de son patient à 50% jusqu'au 5 août 2013 pour motif d'accident.

La mesure débutée au [...] a été définitivement interrompue le 5 juillet 2013 pour raisons de santé. L'assuré a produit un nouveau certificat médical de son médecin traitant du 4 juillet 2013 le reconnaissant inapte à exercer une activité, même légère à 50%.

Dans un « rapport de stage d'observation / bilan OAI » du 12 juillet 2013, les référents du [...] ont fait part des observations suivantes :

“AVIS DES OBSERVATEURS

M. A._____ arrive en stage pour une orientation non définie. Il est très handicapé par sa main droite qu'il utilise tant bien que mal. Le seul domaine que nous pouvons lui proposer est le contrôle. Volontaire, il souhaite tester ses limites physiques mais passe à 50% dès le 12 juin en raison de l'augmentation importante de ses douleurs.

Ses connaissances scolaires sont les suivantes : moyennes dans tous les domaines que sont le français (dossier allophone), les mathématiques et l'informatique. Les évaluations logiques (suites mathématiques et représentation dans l'espace) sont toutes 2 suffisantes, ce qui démontre une bonne capacité de réflexion et de recherche de solutions.

M. A. _____ a fait tout ce qu'il pouvait durant le stage, montrant un intérêt pour le contrôle malgré le handicap de sa main. Il bénéficiait d'un support pour les instruments de mesure afin de libérer le plus possible sa main blessée. La qualité de son travail est bonne à très bonne mais le rythme lent. Il a entretenu de bons contacts avec ses collègues d'atelier ainsi qu'avec les formateurs. Ponctuel à sa place de travail, le taux de présence est de 84%.

En raison de son état de santé, nous pensons qu'il n'est pas possible, aujourd'hui, que M. A. _____ suive une formation ou reprenne un emploi.”

Dans un rapport d'examen SMR du 16 juillet 2013, le Dr C. _____ a retenu comme atteinte principale à la santé un status post fracture comminutive multi-fragmentaire intra-articulaire de P1-D2, distale de P3-D4 avec évolution vers une algoneurodystrophie (S00-T98). A deux ans et demi après l'accident, il n'y avait aucune évolution chez un assuré qui refusait selon lui toute idée d'activité professionnelle. Le Dr C. _____ confirmait l'incapacité de travail de l'assuré à 100% dans l'activité habituelle d'aide monteur-électricien depuis le 21 janvier 2010 en retenant d'autre part, une pleine capacité de travail dans toute activité, principalement mono-manuelle, depuis le 13 décembre 2010.

En complément au rapport de fin de stage établi le 12 juillet précédent, la responsable de l'observation bilan au [...] a adressé un courriel le 23 août 2013 à l'OAI dont il ressort ce qui suit :

“[...]En ce qui concerne l'activité de contrôle que Monsieur A. _____ a pratiqué en atelier d'observation, voici les explications du formateur :

Selon votre demande, voici quelques détails sur l'activité de Monsieur A. _____ durant son stage à l'Observation au [...].

Monsieur A. _____ réalisait essentiellement des mesures de pièces mécaniques avec divers instruments. Il utilisait un calibre, un micromètre et un comparateur qui nécessitent en temps normal, l'utilisation des deux mains. La force nécessaire pour l'utilisation de ces instruments est très faible.

Pour s'adapter au mieux à son handicap, nous avons aménagé spécifiquement l'outillage et conseillé M. A. _____ afin d'user le moins possible de sa main handicapée. Malgré cela, certaines opérations ont occupées sa main sensible. Ces opérations sont les suivantes :

- Pousser avec le flanc du pouce, le tambour du micromètre.
- Maintenir des pièces de petites dimensions entre le pouce et l'index afin de les positionner sous l'instrument de mesure.
- Reporter par écrit les résultats des mesures sur une feuille de papier. M. A. _____ ayant du mal à écrire de sa main gauche, il utilisait certaines fois sa main droite.

En résumé, Monsieur A. _____ a essayé d'utiliser le moins possible sa main droite. Le peu de mouvements qu'il faisait engendrait une augmentation de la douleur au fil du temps.

Pour votre question au sujet d'une activité de contrôle mono-manuelle, je ne pense pas qu'elle soit envisageable dans l'industrie.[...]"

Il ressort ce qui suit d'un avis SMR du 3 septembre 2013 établi par le Dr C. _____ :

"Notre assuré semble mettre les pieds au mur pour toute activité qui lui est proposée et après discussion la SUVA semble confrontée au même problème que le nôtre. Nous avons donc proposé à la SUVA de s'associer à nous pour faire une évaluation médicale des capacités fonctionnelles, prestation faite à Berne en 2 jours. L'avantage de cet institut est qu'ils arrivent à bien mettre en lumière le degré de « non coopération » lorsque c'est le cas.

La SUVA doit nous donner sa position sous quelques jours et nous aviserons à ce moment."

Dans sa note du 14 octobre 2013, le spécialiste en réinsertion de l'OAI a indiqué qu'il disposait de suffisamment d'éléments allant dans le sens de la reconnaissance d'une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Il notait par ailleurs, s'agissant du calcul du taux d'invalidité, qu'en prenant en compte ses deux emplois, à savoir aide électricien à 100% ainsi que concierge à environ 25%, le préjudice de l'assuré était de 31%. Il s'imposait de retenir, pour le calcul de sa perte économique, que l'assuré était en mesure d'effectuer une nouvelle activité annexe et adaptée à 25%, telle celle d'agent de sécurité sur site, ramenant ainsi son préjudice à un taux de 5%.

Au terme d'une fiche de calcul « REA - Calcul du salaire exigible » établie le 7 novembre 2013, il a été tenu compte d'un abattement de 15% lors du calcul du revenu avec invalidité (RI) exigible en 2012. Cette réduction tenait compte des limitations fonctionnelles de l'assuré. Le revenu sans invalidité (RS) étant retenu sur la base des exemples d'activités adaptées suivantes :

“Exemples d'activités adaptées : agent/e de contrôle qualité dans une chaîne de production, ouvrier/ère de conditionnement de matériel léger (mise sous plis, emballage), ouvrier/ère de production dans l'industrie de précision (alimentation de machines préréglées, assemblage de composants électroniques/informatiques), agent/e de sécurité sur site, magasinier/ère léger (aide magasinier sur site).”

Dans son rapport final « REA » du 21 novembre 2013, le spécialiste de l'Office AI a relevé que l'ensemble des mesures mises en œuvre n'avait pas pu aboutir à la réinsertion de l'assuré en raison de ses plaintes. Ce dernier bénéficiait toutefois d'une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée. Son revenu sans invalidité (RS) était de 79'898 fr. 90 en 2012, au taux de 125%, alors que celui exigible d'invalidité (RI), à un taux identique et pour la même année, se montait à 66'321 fr. 30. Il en résultait un préjudice économique de 13'577 fr. 65 correspondant à un taux d'invalidité de 16.99%.

Le 2 décembre 2013, la CNA a remis à l'OAI, un rapport du 29 novembre 2013 de son médecin d'arrondissement, établi après un nouvel examen et dont l'objectif consistait alors à « justifier l'exigibilité déterminée ». S'en référant aux constatations effectuées lors du dernier séjour de l'assuré à la CRR en octobre 2012, le Dr K. _____ s'est prononcé en ces termes :

“3. Appréciation

[...] Les limitations fonctionnelles que j'ai déterminées suite à cet examen l'ont été principalement en raison des douleurs importantes que présentait le patient à la moindre sollicitation des doigts de la main D, entraînant le fait que cette main ne pouvait être effectivement utilisée que comme appoint, sans mouvement fréquent et répétitif des doigts, sans travaux fins et sans port de

charges de plus de 3 kg. L'espoir de nos collègues de la CRR que l'assuré puisse avoir une activité légère avec le MSD [membre supérieur droit] avec charges inférieures à 10 kg ne s'est pas révélé réaliste, tant la symptomatologie douloureuse du patient à la moindre sollicitation des doigts de la main D était importante.

En dehors des douleurs à la moindre sollicitation des doigts de la main D, le patient présentait, objectivement, une impossibilité de flexion active du 2^{ème} doigt de la main D avec limitation de la flexion passive de l'articulation inter-phalangienne distale de ce 2^{ème} doigt et une limitation active des doigts 3 à 5 de la main D avec signes végétatifs de la paume de la main D et légère hypoesthésie de cette main D, qui, par équivalence, correspond à la symptomatologie objectivable chez un patient présentant une rhizarthrose grave, raison pour laquelle j'ai estimé que les séquelles objectives du patient lui ouvraient un droit à une IPAI de 10%."

Par projet d'acceptation de rente du 17 décembre 2013, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui allouer une rente entière limitée dans le temps, du 1^{er} janvier 2011 au 31 janvier 2013. Il observait que son état de santé s'était progressivement amélioré jusqu'à retrouver une capacité de travail totale à la fin octobre 2012. Trois mois après l'amélioration son degré d'invalidité n'était que de 17% ne donnant pas droit à une rente.

La CNA a, par décision rendue le 9 janvier 2014, alloué en sus d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), une rente d'invalidité à l'assuré dès le 1^{er} février 2014 sur la base d'une incapacité de gain de 16%. Selon ses investigations, par rapport à ses séquelles organiques, l'assuré était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition de ne pas mettre à forte contribution la main droite. Dans une telle activité, exigible à plein temps, le revenu annuel était de 54'408 francs. Comparé au gain de 65'000 fr. réalisable sans l'accident, il en résultait une perte économique de l'ordre de 16%.

Le 18 janvier 2014, l'assuré a fait part de son désaccord au projet de l'OAI d'octroi d'une rente entière limitée dans le temps. Se référant aux observations effectuées en juin-juillet 2013 au [...], il contestait être en mesure de travailler. Il disait avoir encore droit à la rente après le 31 janvier 2013 et précisait se tenir à disposition de l'OAI pour de nouveaux examens.

Dans le cadre de son instruction complémentaire, l'OAI a recueilli les pièces suivantes :

- un certificat du 12 février 2014 établi par le Dr G. _____ à l'intention du Service de l'emploi, libellé en ces termes :

"Certificat médical

Je soussigné suis régulièrement en consultation Monsieur A. _____. Suite à son accident du 21.1.2010 de la main D, l'utilisation de cette dernière n'est pas possible.

Donc, il ne peut effectuer sa profession d'électricien. D'autres activités professionnelles lui ont été proposées, dont les effets révélaient qu'une reprise dans celles-là n'était pas possible.

Le patient a fait recours contre la décision de l'Al." ;

- une seconde attestation du 1^{er} mai 2014 du Dr G. _____, certifiant un arrêt de travail de son patient à 50% du 12 juin au 4 juillet 2013, puis à 100% dès le 5 juillet 2013 pour motif d'accident. Le prochain contrôle était prévu le 27 juin suivant ;

- un rapport du 17 août 2014 du Dr G. _____, établi à la suite de son dernier contrôle. Posant le diagnostic invalidant d'algoneurodystrophie de la main droite par écrasement accidentel survenu au travail le 21 janvier 2010, le médecin traitant décrivait la persistance de fortes douleurs. Il qualifiait son pronostic de « difficile à évaluer actuellement sur le plan professionnel », plusieurs essais de reprise ayant échoué. Mentionnant un rendement nul dans l'activité habituelle, il était trop tôt, selon le Dr G. _____, pour fixer la capacité de travail de son patient dans une activité adaptée. L'usage de la main droite était exclu en toutes activités.

Interpellée par l'OAI, la CNA lui a encore remis, le 4 septembre 2014, des décomptes des indemnités journalières versées du 24 janvier 2010 au 31 janvier 2014. La CNA avait fixé le salaire déterminant perdu en 2013, à 54'408 fr., sur la base des cinq descriptions de postes (DPT) suivantes correspondant, de son point de vue, aux limitations fonctionnelles de l'assuré :

N° DPT	Profession	Localité	Salaire moyen	Salaire minimum	Salaire maximum
341310	Ouvrier d'une entreprise de nettoyage	Crissier	51'170.00	48'082.00	54'259.00
3403	Collaborateur de production	Ste-Croix	52'520.00	52'520.00	52'520.00
8217	Employé de cave	Tolochenaz	55'250.00	50'375.00	60'125.00
851184	Employé de laboratoire	Lausanne	55'900.00	54'600.00	57'200.00
1551	Employé de garage	Lausanne	57'200.00	53'950.00	60'450.00
		moyenne	54'408.00	51'905.40	56'910.80

Dans un avis médical SMR du 15 septembre 2014, les Drs T._____ et N._____ ont estimé que le Dr G._____ n'apportait pas d'éléments médicaux objectifs nouveaux susceptibles de modifier la position du projet rendu le 17 décembre 2013. Les douleurs résiduelles décrites, au demeurant déjà prises en considération, étaient à considérer comme un élément subjectif individuel.

Dans un courrier du 16 octobre 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il repoussait au 28 février 2013, au lieu du 31 janvier 2013, l'échéance du droit à la rente au motif que l'amélioration de l'état de santé était survenue au 7 novembre 2012.

Par décision du 2 février 2015, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à la rente entière, basée sur un degré d'invalidité de 100%, pour la période du 1^{er} janvier 2011 au 28 février 2013.

D. Par acte déposé le 6 mars 2015, A._____, représenté par Me Raphaël Brochellaz, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée en concluant avec dépens principalement à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente complète, sans interruption dès et y compris le 1^{er} janvier 2011, à tout le moins à une rente entière jusque-là et une demi-rente dès le 1^{er} mars 2013. Subsidiairement, il conclut à son annulation ainsi qu'au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il soutient

qu'outre des douleurs récurrentes, il présente également des troubles psychiques liés à son état somatique, soit la perte de l'usage de la main droite. Des examens complémentaires par l'entremise du Tribunal s'avéraient nécessaires sur ce dernier plan. Il critique ensuite l'évaluation de son préjudice économique. Il prétend que le revenu d'invalidé devrait être calculé moyennant la prise en compte d'un abattement maximal de 25% (et non pas 15%) compte tenu de ses limitations liées au handicap et de ses origines. Le montant annuel de 66'321 fr. retenu par l'OAI le serait sans fondement ; pour des raisons physiques « évidentes », le recourant dit ne plus être en mesure de travailler à un taux d'activité de 125%, notamment d'occuper son activité accessoire antérieure de concierge. Son revenu d'invalidé a été fixé en augmentant à tort de 25% son revenu théorique. Quant aux exemples de postes de travail adaptés, ils ne seraient pas accessibles au taux de 100%, car irréalistes au regard du handicap du recourant ; les observations effectuées lors du stage au [...] concluent non seulement à ce qu'une activité mono-manuelle de contrôle dans l'industrie n'est pas envisageable mais également, que le suivi d'une formation ou une reprise d'emploi sont exclus. Le recourant allègue que même à admettre une activité exigible de sa part à 100% avec son handicap, après comparaison avec le revenu hypothétique sans invalidité (79'899 fr.) et moyennant la prise en compte d'un abattement de 25% sur un revenu hypothétique d'invalidé de 62'420 fr. 02 tel que l'aurait retenu l'OAI, la perte de gain serait de 33'083 fr. (et non de 13'578 fr.). L'OAI aurait retenu à tort, depuis octobre 2012, un taux d'invalidité de 17% alors que ce dernier s'élèverait à 41.4% minimum. Le recourant demande le bénéfice de l'assistance judiciaire. Il requiert, à titre de mesures d'instruction complémentaire, une expertise bidisciplinaire (somatique et psychiatrique) à mettre en œuvre par le Tribunal.

Par décision du 31 mars 2015, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 5 mars 2015, Me Raphaël Brochellaz étant désigné comme avocat d'office.

Dans sa réponse du 19 mai 2015, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il observe que, même

en tenant compte d'un revenu d'invalidé rapporté à un taux d'activité de « seulement » 100% et moyennant la prise en compte d'un abattement « généreux » de 15%, voire 20%, le préjudice économique du recourant est, en toutes hypothèses, insuffisant pour lui ouvrir le droit à la rente (à savoir 34% et 37.50%). L'intimé maintient que le revenu d'invalidé se calcule moyennant la prise en compte d'un taux d'occupation de 125% de sorte que la perte de gain s'avère en réalité nettement inférieure. L'abattement de 15% est correct et tient compte des limitations fonctionnelles d'un droitier apte à exercer des activités adaptées, soit mono-manuelles gauche moyennant l'usage de la main droite comme appoint. La consonance étrangère dans le patronyme d'un suisse ne doit par ailleurs pas être prise en considération. L'OAI conteste enfin le caractère inadéquat des exemples de postes de travail retenus le 7 novembre 2013 par sa division en réinsertion professionnelle ; ces emplois seraient accessibles au recourant dès lors que seule sa main droite, employable comme appoint, fait l'objet de limitations fonctionnelles. La main gauche valide peut être utilisée dans la série d'activités énumérées.

Par réplique du 2 juillet 2015, le recourant maintient ses précédentes conclusions dans leur intégralité. Il réfute la prise en compte d'un taux d'activité de 125% dans l'établissement de son revenu d'invalidé, précisant que le lourd handicap que constitue la perte de l'usage d'une main est déjà en soi incompatible avec l'exigibilité d'une activité à plus de 100%. Les postes théoriques retenus, relèveraient d'une projection inconciliable avec la réalité du marché du travail équilibré entrant en considération. Le recourant dit difficilement concevoir qu'un employeur l'engage en tant qu'agent de sécurité étant donné la perte de l'usage de sa main droite. Ses limitations fonctionnelles, son patronyme à consonance étrangère ainsi que son absence de formation justifieraient la prise en compte d'une réduction maximale de 25% pour le calcul du revenu d'invalidé. Le recourant estime par ailleurs que la question de la compatibilité de ses pathologies tant somatiques que psychiques avec l'exercice d'une activité lucrative se pose. Il produit en ce sens, une série de rapports des médecins consultés, soit :

- un rapport du 24 novembre 2011 de la Dresse M._____, médecin-responsable du Centre de la douleur à la Clinique [...], posant les diagnostics de CRPS (complex regional pain syndrome) MSD (membre supérieur droit) et d'état dépressif réactionnel. Cette spécialiste en anesthésiologie s'est notamment exprimée ainsi :

"[...] Psychosocial :

Concernant sa vie socioprofessionnelle, Monsieur A._____ était un passionné de boxe, sport qu'il ne peut bien évidemment plus pratiquer. Il est électricien, il a travaillé pendant 15 ans sans avoir aucun problème. Suite à cet accident, il ne peut plus exercer sa profession. Il est frustré par les différentes propositions de reconversion professionnelle qui lui ont été proposées (pompiste), qui ne correspondent selon lui en aucun cas à sa formation et ses capacités professionnelles et présente une dépression réactionnelle.

Autres :

Pour finir, Monsieur A._____ souhaiterait également qu'on procède à l'amputation de son index qui est douloureux, il est persuadé que cela résoudrait son problème. Je lui ai expliqué longuement que cela n'était pas une solution, car on risque de se retrouver en plus de son problème douloureux actuel plus non seulement une sensation fantôme, mais également des douleurs fantômes ou des douleurs au niveau du moignon.

Suite à son accident son image corporelle a également changé avec une prise pondérale de 9 kilos associée à un déconditionnement physique, lui qui était un grand sportif.

Conclusions :

Nous nous trouvons donc devant une situation difficile, avec peu de possibilités thérapeutiques car Monsieur A._____ persiste pour l'instant à refuser tout traitement infiltratif ou interventionnel autre qu'une amputation de son index, j'espère pouvoir arriver à le convaincre du contraire.[...]" ;

- un rapport du 31 janvier 2012 du Dr P._____, psychiatre au Centre de la douleur à la Clinique [...] adressé à sa consœur, la Dresse M._____, dont il ressort l'appréciation suivante sur l'état mental de l'assuré :

"Discussion et proposition :

Le status montre un état dépressif chez un patient qui souffre d'un syndrome douloureux et des suites de son accident du travail lequel a limité non seulement sa vie professionnelle mais aussi a coupé court à son activité sportive. Ce patient est un enfant parentifié lié à une figure maternelle elle-même douloureuse qui n'a pas pu faire le deuil de son divorce et de ses drames familiaux. L'état dépressif ainsi que l'idée d'amputation sont, à mon sens, l'expression d'une difficulté du travail du deuil de son activité passée et surtout de son activité sportive. Il y a donc une problématique psychologique et

dépressive importante justifiant un traitement psychiatrique, psychothérapeutique, individuellement et aussi en groupe. Toute amputation est bien sûr contre-indiquée. Je reverrai ce patient à la consultation de la douleur.” ;

- trois avis de contrôle des 23 novembre 2011, 27 février et 27 avril 2012 de la Dresse M._____ ;

- une attestation non datée du Dr G._____ établie à la demande de son patient, à laquelle il est joint, entre autres, une ordonnance du 11 juin 2015 de la médication actuelle prescrite, à savoir: Mydocalm® (1-0-1-0), Tramadol Mepha® (en réserve), Irfen® (1-0-1-0), Dafalgan® (1-1-1-0 puis en réserve), Pantoprazol Actavis Medis® (1-0-0-1), Magnesiocard® (1 sachet le matin) et Sportusal® (1-1-1-0) ;

- deux certificats des 1^{er} avril et 2 juin 2015 du Dr G._____ attestant une incapacité de travail du recourant à 50% du 12 juin au 4 juillet 2013 puis à 100% dès le 5 juillet 2013.

Le recourant réitère en outre sa requête de mise en œuvre d'une expertise par le Tribunal. Il précise que si l'idée de procéder à deux interventions chirurgicales à des fins de neurostimulation a certes été évoquée lors des consultations, les spécialistes de la Clinique [...] n'ont toutefois pas pu se porter garants envers lui d'un quelconque résultat. Le recourant avait marqué son désaccord à subir deux interventions lourdes à l'issue et au résultat incertains.

Dans sa duplique du 25 août 2015, l'OAI maintient ses conclusions dans le sens du rejet du recours et de la confirmation de la décision litigieuse. Il observe que les pièces produites en réplique par le recourant ne sont pas de nature à rediscuter sa position. Ces documents médicaux n'apportant pas d'indice sérieux d'une aggravation de l'état de santé antérieure à la décision querellée.

Le 16 février 2016, la juge instructrice a informé les parties que sur la base d'une appréciation anticipée des preuves au dossier, il n'était pas nécessaire d'ordonner une expertise pluridisciplinaire en la

cause. La requête du recourant en ce sens étant rejetée, sous réserve toutefois de l'avis de la Cour.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile contre la décision rendue le 2 février 2015 par l'OAI.

S'agissant d'une contestation relative au maintien d'une rente entière, ou à tout le moins d'une demi-rente, dès le 1^{er} mars 2013, il est admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. et la cause doit

en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164; 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) La question litigieuse consiste à savoir si l'OAI était fondé à mettre fin au droit à la rente entière d'invalidité de l'assuré avec effet dès le 1^{er} mars 2013.

Le recourant conteste d'abord l'évaluation de son état de santé, respectivement de la capacité de travail résiduelle à 100% dans une activité adaptée. L'intimé n'aurait pas tenu compte de l'ensemble de ses atteintes à la santé somatiques et notamment psychiques liées à son handicap physique, excluant toute reprise d'une activité professionnelle, même adaptée, tel un emploi mono-manuel de contrôle dans l'industrie légère. Il s'en prend également à l'estimation de son préjudice économique. Selon lui, les bases de calcul du revenu d'invalidité exigible de sa part sont erronées. Il critique ainsi tant le taux d'activité de 125% pris en compte, que l'adéquation des postes de travail adaptés cités à titre d'exemples ou le taux de l'abattement de 15% retenu par l'OAI. Le recourant estime avoir droit au maintien de sa rente entière, ou à tout le moins à une demi-rente, après le 28 février 2013 sans limite dans le temps.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 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 (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: (a.) 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; (b.) il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et (c.) au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Selon la jurisprudence, la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17

al. 1 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2b ; cf. TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2 et 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3).

Selon cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est révisée pour l'avenir d'office ou sur demande. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois 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]). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_444/2014 du 17 novembre 2014 consid. 3.1, 9C_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements médicaux 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 et 105 V 156 consid. 1 ; RCC 1980 p. 263 ; Pratique VSI 2002 p. 64 ; TF 9C_444/2014 du 17 novembre 2014

consid. 3.1, 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1, I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 8C_624/2014 du 19 décembre 2014 consid. 5.4.2, 8C_368/2013 du 25 février 2014 consid. 4.2.4, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mars 2013 consid. 2.2 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 8C_624/2014 du 19 décembre 2014 consid. 5.4.2, 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 op. cit., 9C_66/2013 du 1^{er} juillet 2013 consid. 4, 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1, 8C_658/2008 et 8C_662/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1).

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 se trouvent dans une situation délicate

pour constater les faits dans un contexte asséculoologique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

d) Selon la jurisprudence, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, 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 la personne assurée pendant le stage (TF 9C_83/2013 et 9C_104/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_426/2011 du 14 décembre 2011 consid. 4.3 et 9C_854/2010 du 30 décembre 2010 consid. 3.2 et les références citées; TFA 762/2002 du 6 mai 2003 consid. 2).

Cela étant, les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure un assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (ATF 107 V 17 consid. 2b; TF 9C_136/2014 du 24 juin 2014 consid. 3.3, 9C_83/2013 et 9C_104/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_739/2010 du 1^{er} juin 2011 consid. 2.3 et les références citées).

4. a) En l'espèce, la décision de l'OAI allouant au recourant une rente entière d'invalidité avec effet limité dans le temps, du 1^{er} janvier 2011 au 28 février 2013, se fonde plus particulièrement sur l'avis médical du SMR du 15 septembre 2014, lequel confirme la position adoptée dans le projet du 17 décembre 2013. Partageant le point de vue de la CNA en la matière, l'office a mis fin à la rente en considérant que l'exercice d'une activité adaptée - à savoir toute activité de contrôle dans l'industrie quasiment mono-manuelle gauche n'utilisant la main droite que comme appoint -, était exigible de la part du recourant à 100% dès le 7 novembre 2012 (soit à la date du rapport établi ensuite du second séjour à la CRR). Après comparaison des revenus exigibles, il en résulte un préjudice économique de 17% entraînant la suppression du droit à la rente au 28

février 2013, soit trois mois après l'amélioration retenue (cf. art. 88a al. 1 RAI).

Le recourant, pour sa part, allègue la persistance d'une pleine incapacité de travail au long cours depuis l'accident du 21 janvier 2010 compte tenu de son état de santé global (somatique et psychiatrique).

Selon les rapports médicaux, en raison de son handicap, l'assuré, droitier, n'est plus en mesure d'exercer ses activités professionnelles habituelles (aide monteur-électricien à 100% et concierge de son immeuble à raison d'une dizaine d'heures par semaine) ceci à hauteur d'un taux global de 125%. Ce point ne soulève aucune discussion de la part du recourant, ni de celle de l'office AI. Est en revanche litigieuse, la question de savoir si l'intéressé présente également toujours une incapacité de travail dans une activité adaptée de contrôle de l'industrie légère de type mono-manuelle et quelle serait sa capacité résiduelle de gain dans une telle activité compte tenu, le cas échéant, d'une capacité de travail partielle.

aa) Sur le plan somatique, l'Office AI a établi la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée en se basant sur les conclusions médicales récoltées en commun avec la CNA.

La question de l'exigibilité sur le plan médical a été examinée en particulier lors du second séjour à la CRR en octobre 2012 où les diagnostics de syndrome douloureux régional complexe type 1 (algodystrophie) de la main droite, de fracture comminutive multi-fragmentaire intra-articulaire de P1-D2, distale de P3-D4 et d'arthrodèse IPP de l'index à droite (09.04.2010) ont notamment été posés (cf. rapport du 7 novembre 2012 des Drs H._____ et U._____, p. 1). Dans leur appréciation, ces spécialistes observent une situation stabilisée en l'absence de nouvelle proposition thérapeutique et avec toujours des signes actifs de SDRC (syndrome douloureux régional complexe) à deux ans de l'accident. Sur la base en particulier d'une évaluation aux ateliers professionnels de la CRR dans des activités diverses correspondant à un

niveau d'effort léger (5 à 10 kg), il est indiqué une exclusion quasi complète de la main droite de l'assuré en raison de douleurs alléguées dans toutes les activités même légères. Si la reprise de l'ancienne activité d'aide monteur-électricien n'est plus possible, les spécialistes concluent toutefois que « le patient devrait pouvoir fonctionner à plein temps dans une activité légère, avec charges inférieures à 10 kg, sans utilisation de la force, avec utilisation prépondérante de la main gauche (la main droite étant utilisée comme appoint) ». Les obstacles à une réintégration professionnelle ont un caractère extra-médical (exigences particulières envers un nouvel emploi, kinésiophobie, auto-évaluation très basse de ses propres capacités fonctionnelles et possible influence d'un trouble anxieux et dépressif). A la fin du séjour, s'il semble certes en mesure d'effectuer des activités légères, avec la main droite, le recourant souffre toutefois de douleurs qui réapparaissent rapidement et principalement le soir (cf. rapport du 7 novembre 2012 des Drs H._____ et U._____, p. 4). Affinant, les évaluations aux ateliers professionnels de la CRR, le 28 janvier 2013, le Dr K._____ de la CNA retient, du point de vue professionnel, que l'assuré dispose d'« une capacité de travail entière dans une activité n'utilisant la main D que comme appoint, sans effort de cette main D correspondant au port de charges de plus de 3 kg, sans mouvements fréquents et répétitifs des doigts de la main D et sans travaux fins de la main D. ».

Les médecins du SMR retiennent le 16 juillet 2013 l'atteinte principale à la santé de status post fracture comminutive multi-fragmentaire intra-articulaire de P1-D2, distale de P3-D4 avec évolution vers une algoneurodystrophie (S00-T98). Partageant les constats médicaux de leurs confrères de la CNA, ils confirment en particulier une capacité médico-théorique du recourant entière dans toute activité, principalement mono-manuelle.

Le recourant a encore été examiné le 29 novembre 2013 par le médecin d'arrondissement de la CNA pour « justifier l'exigibilité déterminée » lors de l'examen de la fin janvier 2013. Le Dr K._____ constate en dehors des douleurs à la moindre sollicitation des doigts de la

main droite, objectivement, une « impossibilité de flexion active du 2^{ème} doigt de la main D avec limitation de la flexion passive de l'articulation inter-phalangienne distale de ce 2^{ème} doigt et une limitation active des doigts 3 à 5 de la main D avec signes végétatifs de la paume de la main D et légère hypoesthésie de cette main D ». Par équivalence, ce chirurgien assimile la symptomatologie objectivable à celle d'un assuré affecté d'une rhizarthrose grave.

Ces rapports sont fondés sur des examens cliniques. Au vu de leur contenu et de leur qualité, ils rendent compte d'une étude circonstanciée et complète de l'évolution, respectivement de la stabilisation de l'état de santé du recourant, en particulier en lien avec la question de l'exigibilité médico-théorique. Il en résulte que depuis le 7 novembre 2012, soit à la date du rapport établi à la suite de son second séjour à la CRR, l'exercice d'une activité de contrôle quasiment mono-manuelle gauche n'utilisant la main droite que comme appoint est exigible à 100% de la part du recourant.

Dans le cadre de l'instruction poursuivie par l'OAI à l'issue de ce séjour à la CRR, l'assuré a certes suivi un stage d'observation professionnelle au [...] ([...]). Débutant le 10 juin 2013 pour initialement se terminer le 9 août 2013, le suivi de cette mesure a d'abord été réduit au taux de 50% à compter du troisième jour en raison de douleurs à la main droite et de vertiges liés à la médication, puis le stage a été définitivement interrompu le 5 juillet 2013 pour motif de santé. Le médecin traitant G._____ a retenu en effet une incapacité de travail à 50% du 12 juin au 4 juillet 2013, puis à 100% dès le 5 juillet 2013 (cf. certificats des 12 juin et 4 juillet 2013). Quoiqu'en dise le recourant, l'avis de son médecin traitant n'est pas déterminant dès lors que les incapacités de travail mentionnées ne sont pas étayées sur le plan médical. S'ajoute à cela que cet avis doit être admis avec réserve puisqu'il émane du médecin traitant lequel, par la position de confident privilégié que lui confère son mandat, a généralement tendance à se prononcer en faveur de ses patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid 4.2). Dans ce contexte, les données

médicales permettent une appréciation plus objective du cas et l'emportent ici sur les constatations faites à l'occasion du stage d'observation professionnelle au [...], dont il n'est pas possible d'exclure qu'elles aient été influencées par des éléments subjectifs liés au comportement du recourant durant le stage (cf. en ce sens, l'avis SMR du 3 septembre 2013 du Dr C._____ et le rapport final « REA » du 21 novembre 2013).

Enfin, le rapport du 17 août 2014 du Dr G._____ pose certes le diagnostic invalidant d'algoneurodystrophie de la main droite par écrasement accidentel le 21 janvier 2010. Il y figure cependant un pronostic « difficile à évaluer actuellement sur le plan professionnel ». S'ajoute à cela qu'aucune incapacité de travail totale n'est mentionnée hormis plusieurs essais de reprise avortés. Ce rapport se caractérise également par l'absence d'anamnèse fouillée, de status clinique, de descriptif du traitement mis en œuvre et d'appréciation circonstanciée des limitations fonctionnelles du recourant. Il était en effet trop tôt, selon le médecin traitant, pour pouvoir fixer la capacité de travail dans une activité adaptée. Il est par conséquent impossible de conférer pleine valeur probante au rapport du 17 août 2014 du Dr G._____ (sur la notion de valeur probante d'un rapport médical, cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée).

bb) Sur le plan psychiatrique, lors du second séjour à la CRR, la Dresse W._____ a retenu le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). Ce psychiatre a noté le développement d'une réaction anxiodépressive (avec des crises de panique, un sentiment de souffrances psychologique avec culpabilité, dévalorisation et isolement social et affectif) dont la persistance à deux ans et demi de l'accident autorisait à poser ce diagnostic. Un soutien psychologique axé sur la gestion de l'anxiété a été proposé, le patient ayant refusé de prendre une médication antidépressive.

Les rapports dont se prévaut le recourant à l'appui de ses allégations ne lui sont en réalité d'aucune utilité ;

Le rapport du 24 novembre 2011 de la Dresse M. _____ - qui n'est pas psychiatre - et celui du 31 janvier 2012 du Dr P. _____ sont d'une part, tous deux antérieurs au séjour de l'assuré à la CRR en octobre 2012. D'autre part, la problématique psychologique et dépressive « importante » mentionnée à la fin 2011 / au début 2012 s'est atténuée puis stabilisée en cours d'année, à la lecture du rapport de la Dresse W. _____ de la CNA. Ce trouble psychiatrique n'est d'ailleurs plus évoqué après le second séjour du recourant à la CRR par aucun médecin consulté. Les seules allégations de l'intéressé dans le sens de l'existence de troubles psychiques liés à son état somatique n'y changent rien. Il n'y a en conséquence aucun rapport médical mettant en doute l'appréciation du psychiatre de la CRR à l'automne 2012. Il n'existe dès lors aucun motif justifiant d'investiguer davantage cet aspect de santé du recourant. L'intimé était dès lors fondé à s'en tenir aux données recueillies par la CNA au terme de son instruction.

b) En définitive, les conclusions du Dr K. _____ de la CNA au terme de ses examens cliniques successifs - suivies et reprises intégralement par les médecins du SMR puis par l'OAI dans sa décision -, comprennent une anamnèse, font état des plaintes du recourant, sont exemptes de contradictions (notamment avec les observations et les évaluations en ateliers professionnels effectuées à l'automne 2012 à la CRR) et relèvent d'une étude approfondie du cas de celui-ci. Ces conclusions ne sont pas mises en doute, même faiblement, par d'autres rapports médicaux. Elles ont ainsi valeur probante.

5. Cela étant, il reste à examiner le préjudice économique du recourant.

a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des

revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 et 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (Pratique VSI 6/1998 p. 293 consid. 3b et les références citées). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_446/2008 du 18 septembre 2008; 9C_236/2008 du 4 août 2008 et TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; Pratique VSI 6/1999 p. 246 consid. 1 et les références citées).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une

capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (TF 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

c) Selon la jurisprudence, est également pris en compte comme revenu hypothétique sans invalidité, le revenu provenant d'une activité accessoire, si l'on peut admettre que celle-ci a été exercée régulièrement sur une période relativement longue. Les heures supplémentaires régulièrement accomplies comptent aussi dans le revenu sans invalidité (TF 8C_671/2010 du 25 février 2011 consid. 4, 9C_45/2008 du 3 juillet 2008 consid. 4.2 et TFA I 181/05 du 3 février 2006 consid. 2). Dans un arrêt du 30 décembre 2011, le Tribunal fédéral a admis également lors de la prise en compte d'un taux d'occupation supérieur à 100% pour déterminer le revenu sans invalidité que ce taux puisse également être pris comme base pour le calcul du revenu d'invalidité, pour autant qu'aucune raison de santé ne s'y oppose (TF 9C_766/2011 du 30 décembre 2011 consid. 3.2.2).

d) En l'occurrence, il est établi que l'amélioration de la capacité de travail du recourant vers un taux de 100% dans une activité adaptée remonte au 7 novembre 2012 (cf. consid. 4 supra).

aa) L'intimé a fixé le revenu sans invalidité en prenant en considération un revenu de 79'899 fr. à 125% (soit un revenu de 66'321 fr. en tant qu'aide monteur-électricien et de 13'578 fr. comme concierge de son immeuble [10-15h. par semaine]). Le recourant ne remet pas en question cet aspect de la décision litigieuse. Il n'y a donc pas lieu d'y revenir.

bb) Pour la détermination du revenu avec invalidité, l'intimé s'est basé sur un taux d'occupation global de 125%, soit un taux identique

à celui exercé par le recourant avant son accident. L'OAI considère que, dès novembre 2012, l'assuré est en mesure d'effectuer une nouvelle activité annexe adaptée, comme par exemple celle d'agent de sécurité sur site - usine (cf. document « REA - Note de suivi » du 14 octobre 2013). Cette exigibilité est contestée par le recourant pour des raisons physiques qu'il qualifie d'« évidentes ».

L'intimé se rattache à la jurisprudence figurant sous chiffre 3023 de la circulaire sur l'invalidité et l'impotence (CIIAI) et rappelée ci-avant (cf. consid. 5c supra). Or, un tel raisonnement ne peut pas être suivi en l'espèce.

D'une part les médecins s'accordent tous sur le fait que l'ancienne activité de concierge d'immeuble (activité accessoire) n'est plus accessible au recourant compte tenu de son état de santé. D'autre part, il ressort des observations professionnelles effectuées au [...] que lors du stage, le recourant a essayé d'utiliser le moins possible sa main droite. Le peu de mouvements qu'il faisait engendrait une augmentation de la douleur au fil du temps (cf. rapport du 12 juillet 2013 du [...], p. 4). Il est ainsi peu probable qu'au terme d'une journée de travail exercée à un taux de 100% dans un poste de contrôle de l'industrie légère, le recourant soit encore en mesure de débiter une seconde activité à 25%. S'ajoute à cela que si une activité de concierge à domicile exercée en dehors des heures de travail peut être envisageable, il n'en va certainement pas de même de celle de surveillant d'une usine - dont on ignore d'ailleurs en quoi elle consiste précisément -ou de toute autre activité accessoire qui pourrait s'exercer dans des conditions similaires à celles d'une conciergerie de l'immeuble habité par l'assuré.

Le recourant conteste encore l'un des autres éléments (choix des DPT) permettant de calculer le revenu d'invalidé (second terme de la comparaison de l'art. 16 LPGA). A le suivre, les exemples retenus ne lui seraient pas accessibles au taux de 100% compte tenu de son handicap. En d'autres termes, les revenus pris en compte, tels que figurant dans les

cinq descriptions de postes de travail (DPT) produites, ne seraient pas réalistes.

Ce point peut souffrir de demeurer indécis étant précisé que dans sa décision, l'intimé a fait application en l'occurrence de l'autre des deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalidé, à savoir celle des données salariales publiées par l'Office Fédéral de la Statistique (OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS).

Compte tenu du fait que l'assuré n'a pas de formation certifiée et qu'il n'a plus retravaillé depuis son accident de janvier 2010, il y a lieu de retenir comme salaire de référence, celui auquel peuvent prétendre les hommes dans l'accomplissement de tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2012, 5'210 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2012, TA 1 niveau de qualification 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 (41,7 heures; La Vie économique, 1/2-2015, p. 92, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élèverait à 5'431 fr. 45 (5'210 fr. x 41,7 / 40), ce qui donnerait un salaire annuel de 65'177 fr. 10.

Le montant résultant des données statistiques peut faire l'objet d'une réduction. Dans sa réponse, l'OAI admet pouvoir procéder de la sorte en retenant la prise en compte d'un abattement « généreux » de 15% (comme cela est le cas dans sa décision), voire 20%, sur le revenu hypothétique d'invalidé.

Le recourant estime pour sa part que les limitations liées au handicap, son patronyme à consonance étrangère et son absence de formation professionnelle justifieraient la prise en compte d'un abattement de 25%.

La mesure de cette réduction dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier

(limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75 consid. 5a/bb et les références; voir également TFA I 848/2005 du 29 novembre 2006 consid. 5.3.3). Il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

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

Il est établi que le recourant présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle d'aide monteur-électricien. Comme on l'a vu plus haut (cf. consid. 4 supra), sa capacité de travail est néanmoins entière dans un poste de contrôle dans l'industrie quasiment mono-manuelle gauche n'utilisant la main droite que comme appoint. L'OAI a tenu compte en l'espèce d'un abattement de 15% lié aux limitations fonctionnelles du recourant.

Comme l'intimé l'indique à raison dans sa réponse, la consonance étrangère dans le patronyme d'un suisse ne constitue pas un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales et n'est donc pas relevant (TF 9C_205/2010 du 20 juillet 2010 consid. 5.3).

Quant au fait qu'il n'a pas de formation professionnelle, on ne voit pas en quoi – et le recourant ne l'expose d'ailleurs pas – cela serait concrètement susceptible d'avoir une influence sur ses perspectives salariales dans l'exercice d'une nouvelle activité adaptée à son handicap somatique étant rappelé que le salaire statistique de l'ESS recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées parfaitement accessibles au recourant au vu de ses limitations fonctionnelles (cf. TF 9C_497/2012 du 7 novembre 2012 ; TF I 383/2006 du 5 avril 2007 consid. 4.4)

Compte tenu des limitations fonctionnelles somatiques retenues en l'espèce, un taux d'abattement de 15% – comme l'a par ailleurs également admis l'OAI dans sa décision – se justifie. Le revenu hypothétique avec invalidité pour 2012 est dès lors de 55'400 fr. 54.

Après comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGa, à savoir 79'899 fr. (sans invalidité) et 55'400 fr. 54 (avec invalidité), il en résulte une perte de gain de 30.66%, taux arrondi à 31%.

Ainsi, en se basant sur l'une ou l'autre des deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalidité dégagées par la jurisprudence du Tribunal fédéral, le recourant présente un taux d'invalidité en tous les cas

inférieur à celui de 40% minimum requis pour lui ouvrir droit à une rente (cf. art. 28 al. 2 LAI). La décision querellée ne s'avère dès lors pas critiquable en ce qu'elle lui refuse le droit à la rente à compter du 1^{er} mars 2013, soit trois mois après l'amélioration déterminante de la capacité de gain sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI).

6. Il découle de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable sur renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. à la charge du recourant, sans qu'il se justifie d'allouer des dépens dès lors qu'il n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD). Ces frais seront cependant supportés provisoirement par l'Etat.

b) Le 9 mars 2016, Me Brochellaz a produit le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la procédure. Il a annoncé un total de 9 h 40. Il a facturé des débours par 31 fr. 80, TVA à 8% comprise. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié. Ainsi, Me J. Brochellaz a droit à un montant de 1'911 fr., TVA au taux de 8% et débours compris, pour l'ensemble de l'activité déployée dans le cadre de la présente procédure.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en

rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; RSV 211.02.3]), en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

**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 2 février 2015 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Brochellaz, conseil du recourant, est arrêtée à 1'911 fr. (mille neuf cent onze francs), TVA et débours compris.
- 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 de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Raphaël Brochellaz (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :