

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 octobre 2019

Composition : M. NEU, président
Mmes Röthenbacher et Dessaux, juges
Greffière : Mme Berseth

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourant, représenté par Me Marc Mathey-Doret, avocat
à Genève,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 17 LPGA ; art. 4 al. 1, 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, art. 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. Q._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est titulaire d'un CFC de monteur électricien obtenu en 1990. Il a oeuvré trois ans dans ce domaine d'activité, avant de s'orienter vers des postes de technicien chargé de la clientèle et du service après-vente. Il a notamment travaillé en qualité de technicien d'installation et coordinateur, puis de chargé de clientèle au service après-vente de la société M._____ du 1^{er} septembre 2008 au 31 janvier 2014, avant d'être en dernier lieu engagé du 1^{er} octobre au 18 novembre 2015 comme responsable du département [...] pour le compte de la société Y._____. Licencié durant la période d'essai, il a revendiqué les prestations de l'assurance-chômage. En sa qualité de demandeur d'emploi, il était assuré contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA).

Le 29 mai 2016, alors qu'il se trouvait à T._____, en [...], l'assuré a été victime d'une agression par arme blanche. Blessé superficiellement à la poitrine et au bras droit, il a principalement subi une lésion du nerf interosseux postérieur ainsi que des muscles et tendons de l'avant-bras gauche.

L'assuré a séjourné trois jours à H._____ à T._____, où il a subi une révision de ses plaies ainsi qu'une suture du nerf interosseux postérieur. De retour en Suisse, il a fait l'objet d'investigations au plan neurologique. Dans un rapport du 7 juin 2016, la Dre X._____, spécialiste en neurologie, a posé les conclusions suivantes :

L'examen électroneuromyographique montre des signes en faveur d'une atteinte sévère du nerf radial gauche, il s'agit d'une atteinte axonale motrice très sévère ainsi qu'une atteinte myélinique du nerf à l'avant-bras. Fort probablement que la lésion nerveuse est présente à l'avant-bras, à l'endroit des coupures profondes, sur la partie dorsale et latérale de l'avant-bras. Il y a une excellente préservation de la réponse sensitive du nerf radial gauche et les tracés d'efforts électromyographiques des muscles brachioradial et triceps brachial à gauche sont tout à fait dans les normes.

La normalité de cette réponse sensitive et du tracé EMG du muscle brachioradial gauche, situe la lésion nerveuse au niveau de l'avant-bras. Pour l'instant il n'y a aucune dénervation aigue enregistrée mais il est encore tôt pour le dire, l'accident date d'une semaine, et pour l'apparition de la dénervation aigue il faut attendre environ 15 jours. Une révision des plaies est indiquée ainsi qu'une suture du nerf radial gauche, si celui-ci est sectionné. Il se peut que la compression soit faite par l'oedème important ou par un hématome.

Il existe également des signes en faveur d'un syndrome du tunnel carpien gauche discret, débutant, sur les fibres sensibles, il s'agit d'une atteinte myélinique sensitive débutante, focale au carpe ; à suivre. Mise en évidence d'un tracé de dénervation-réinnervation chronique dans les muscles court abducteur du pouce et abducteur du 5ème doigt à gauche, s'agit-il de lésions anciennes ? Actuellement il n'y a pas du tout de signes d'atteintes compressives des fibres motrices, ni pour le nerf médian ni pour le nerf cubital, aux endroits d'enclavement.

Un suivi électroneuromyographique est indiqué chez ce patient et une nouvelle évaluation est à faire dans environ 4 à 5 semaines. Vu les sutures récentes avec les pansements sur la partie dorso-latérale de l'avant-bras gauche, l'évaluation est très limitée, cependant, conclusive.

Sur la base des constatations de la Dre X._____, la Dre K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en chirurgie de la main au sein de l'Unité de chirurgie de la main et des nerfs périphériques des B._____, (ci-après : B._____), a procédé le 7 juin 2016 à une suture du nerf interosseux postérieur avec interposition de deux allogreffes, une suture de l'extensor digitorum communis (EDC) à sa position centrale, une adaptation de la musculature de l'extensor carpi radialis longus (ECRBL), une adaptation du supinateur et une suture par adaptation de l'extensor carpi ulnaris (ECU). La Dre K._____ a prescrit de la physiothérapie, de l'ergothérapie et de l'électrostimulation, et a attesté une incapacité totale de travail depuis le 6 juin 2016, régulièrement renouvelée jusqu'à la mi-novembre 2017.

Le cas a été pris en charge par la CNA.

B. L'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 23 février 2017, faisant valoir qu'il présentait une incapacité de travail de 100% depuis le 29 mai 2016.

Dans un rapport du 19 avril 2017 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), la Dre K._____ a attesté une incapacité de travail à 100% depuis le 6 juin 2016. Elle a indiqué que la fonction de la main gauche était altérée et que le pronostic était indéterminé, le nerf étant en récupération.

Dans le cadre des mesures d'intervention précoce, un spécialiste en réadaptation professionnelle de l'OAI a rencontré l'assuré le 29 juin 2017. Rendant compte de l'entretien dans une proposition de décision de principe du 4 août 2017, le collaborateur de l'OAI a relevé que l'intéressé n'arrivait pas à bouger les doigts de la main gauche et qu'il ne parvenait pas à se projeter professionnellement, ne se sentant pas capable de reprendre une activité professionnelle tant que son médecin traitant n'avait pas attesté une pleine capacité de travail. Selon une note d'entretien téléphonique du 4 août 2017 au dossier de l'OAI, le même collaborateur a appris de la CNA que l'assuré présentait toujours une totale incapacité de travail et qu'un séjour à la J._____ (ci-après : J._____) était indiqué afin de déterminer la capacité de travail et les limitations fonctionnelles. L'assuré avait adhéré à cette proposition et ledit séjour serait rapidement mis en place.

Par communication du 4 août 2017, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation n'était actuellement possible, au motif que le dossier n'était pas suffisamment complet, que son état de santé n'était pas stabilisé et qu'il avait indiqué ne pas pouvoir aborder les mesures proposées.

Le 20 novembre 2017, l'assuré a demandé à l'OAI la mise en place de mesures d'orientation et de reclassement professionnel, au motif que de nombreux gestes de la vie de tous les jours, privée et professionnelle, n'étaient plus possibles. Il a également indiqué que, souffrant psychologiquement des suites de l'accident, il était suivi sur ce plan. L'assuré a transmis un rapport du 12 septembre 2017 du Dr S._____, spécialiste en chirurgie de la main auprès de D._____, à [...], dont il ressort qu'il avait retrouvé une mobilité partielle de sa main lui permettant

de réaliser les actes de la vie quotidienne, mais pas les actes fins de la vie de tous les jours. Le Dr S._____ avait constaté un peu d'adhérence au niveau de la cicatrice du coude mais les muscles étaient bien mobiles par rapport au plan cutané. Il existait une masse fibreuse sous-jacente qui continuait probablement à diminuer les amplitudes articulaires du poignet et des doigts. Le Dr S._____ estimait cependant qu'il n'existait pas d'indication chirurgicale pour le moment, la priorité devant être accordée à la rééducation et à la mise en œuvre d'une reconversion professionnelle.

C. Entretiens, la CNA a poursuivi l'instruction de son dossier. Elle est notamment entrée en possession d'un rapport du 19 avril 2017 de la Dre K._____, attestant une incapacité de travail de 100% depuis le 6 juin 2016 et indiquant que la fonction de la main gauche limitait l'exercice de l'activité actuelle, dans une mesure qu'elle ne pouvait préciser, le nerf étant encore en récupération.

La CNA a soumis son dossier au Dr R._____, médecin d'arrondissement, afin qu'il se détermine sur l'exigibilité dans l'activité antérieure. Le 31 mai 2017, le Dr R._____ a préconisé un bilan complémentaire en neurologie et en chirurgie de la main, voire un court séjour à la J._____.

Interpelée par la CNA, la Dre K._____ a fait état d'une bonne récupération de la mobilité de la main gauche, avec une force de M4 à M5 au niveau de l'extension des doigts et du poignet. La force était presque normale, avec une légère atrophie musculaire résiduelle. Par contre, l'assuré n'avait pas récupéré l'utilisation de l'extensor carpi ulnaris et de l'extenseur digiti minimi. La Dre K._____ a indiqué qu'un travail administratif serait idéal et qu'une réorientation professionnelle serait probablement nécessaire (rapports des 8 septembre et 31 octobre 2017).

Dans un avis du 17 novembre 2017, le Dr R._____ a estimé que le dossier était lacunaire, les renseignements de la Dre K._____ ne suffisant pas à se déterminer. Il a réitéré sa proposition de bilan

complémentaire auprès d'un neurologue et d'un chirurgien de la main, voire de court séjour auprès de la J._____.

Dans un rapport à la CNA du 17 novembre 2017, le Dr Z._____ spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main auprès de D._____, consulté par l'assuré pour un deuxième avis, a constaté que la main gauche de l'intéressé apparaissait déformée en main-botte radiale liée à une hyper inactivité de l'extenseur carpi ulnaris, qui pouvait être cotée à zéro. Il a préconisé de procéder à une IRM afin de déterminer si l'extenseur carpi ulnaris était dénervé ou s'il s'agissait d'un cal tendineux d'allongement à la suite des blessures tendineuses multiples. En fonction des résultats de l'examen, l'indication d'une réparation chirurgicale secondaire pourrait être tranchée. Le Dr Z._____ a encore relevé que la conjonction d'une blessure nerveuse avec une plaie des tendons entraînait souvent des défauts comme ceux observés au niveau des doigts longs de l'assuré, avec une difficulté d'élever ceux-ci lorsque la main est à plat pour taper à l'ordinateur.

La CNA a mis en œuvre un examen auprès de son médecin d'arrondissement. A cette fin, l'assuré a été examiné par le Dr R._____ le 29 novembre 2017. Dans un rapport du même jour, le Dr R._____ a relevé que l'assuré gardait une perte de sensibilité à la face dorsale de l'avant-bras gauche et ne présentait pas d'inclinaison cubitale du poignet gauche ni d'extension active des doigts longs de la main gauche. Le Dr R._____ a estimé que la main gauche présentait une fonction satisfaisante et s'interrogeait sur le point de savoir si l'intervention projetée par le Dr Z._____ pourrait améliorer significativement la fonction du poignet et de la main gauches. Il a retenu que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, à savoir toute activité ne nécessitant pas le port répété de charges supérieures à 10 kg, les mouvements répétés en flexion-extension ainsi qu'en rotation du poignet et de la main gauches, ainsi que l'utilisation en dextérité fine de la main gauche.

Dans un rapport du 8 décembre 2017 au Dr R._____, le Dr Z._____ a indiqué que l'IRM ordonnée en raison de la déformation de la main en main-botte radiale n'avait pas montré de dénervation du muscle cubital postérieur, de sorte que le défaut d'extension du poignet en inclinaison ulnaire était lié soit à l'adhérence de la masse musculaire de l'extenseur carpi ulnaris au niveau de la loge postérieure, soit à un allongement au niveau de la masse musculaire. Compte tenu de ces constatations, le Dr Z._____ a déconseillé toute nouvelle intervention chirurgicale.

Interpellée par la CNA, la Dre P._____, spécialiste en chirurgie de la main au sein de D._____, a indiqué le 27 décembre 2017 que l'assuré avait récupéré l'extension du poignet et des doigts mais connaissait toujours un défaut d'extension/inclinaison ulnaire du poignet gauche, avec perte de force. La Dre P._____ n'a pas renseigné la rubrique du rapport relative à la reprise du travail, se limitant à indiquer qu'il conviendrait d'intervenir auprès de l'employeur en vue d'une affectation à un poste approprié.

Par décision du 8 janvier 2018, la CNA a mis fin au versement de ses indemnités journalières au 31 janvier 2018, estimant que les limitations fonctionnelles subsistant au niveau du poignet et de la main gauches n'empêchaient pas la reprise à plein temps d'une activité professionnelle dès le 1^{er} février 2018. Elle a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 5%.

Représenté par Me Marc Mathey-Doret, l'assuré s'est opposé à cette décision, contestant notamment avoir recouvré une pleine capacité de travail dans son activité antérieure en raison des limitations fonctionnelles liées au manque de force et de mobilité de sa main gauche. A tout le moins devait être reconnue une baisse de rendement, imposant une évaluation de l'invalidité selon la méthode de la comparaison des revenus. A l'appui de son opposition, l'assuré a transmis un courrier adressé le 29 janvier 2018 par le Dr Z._____ à son mandataire.

D. Continuant l'instruction de la demande de l'assuré, l'OAI a fait une nouvelle fois verser le dossier de la CNA à son propre dossier.

Par un projet de décision du 27 mars 2018, l'OAI a signifié à l'assuré son intention de le mettre au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2017 au 28 février 2018. L'office a retenu que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dès le 29 novembre 2017 dans toute activité permettant d'éviter strictement le port de charges supérieures à 10kg, les mouvements répétés en flexion-extension et rotation du poignet et de la main gauches, ainsi que les travaux nécessitant une dextérité fine de la main gauche. L'OAI a précisé que fort de ses qualifications acquises depuis l'obtention du CFC de monteur électricien et de son expérience professionnelle dans le management et la vente, il pourrait mettre en valeur sa capacité de travail dans une activité parfaitement adaptée à ses limitations fonctionnelles sans subir de préjudice économique par rapport à la situation prévalant avant l'atteinte à la santé.

Par l'entremise de Me Marc Mathey-Doret, l'assuré a fait valoir ses objections au projet précité le 8 mai 2018, contestant en substance être en mesure de reprendre son activité professionnelle antérieure en plein et réitérant sa demande de mesures professionnelles. L'assuré a également indiqué avoir fait opposition à la décision de la CNA. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale et a produit le rapport du Dr Z._____ du 8 décembre 2017 déjà en possession de l'OAI.

Par décision du 2 juillet 2018, l'OAI a confirmé son projet du 27 mars 2018 et reconnu le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} août 2017 au 28 février 2018.

E. Par acte du 3 septembre 2018, Q._____, toujours par l'entremise de Me Marc Mathey-Doret, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de l'OAI du 2 juillet 2018, dont il a conclu à l'annulation, suivie du renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. A l'appui de

sa contestation, l'assuré fait en substance valoir que la décision de l'OAI était prématurée, puisque l'office s'était basé sur la décision de la CNA du 8 janvier 2018, laquelle avait ensuite été annulée par l'assureur-accidents, à la faveur d'une reprise de l'instruction et du versement des indemnités journalières. Se fondant sur le principe d'uniformité de la notion d'invalidité, le recourant soutient qu'il convient d'attendre le résultat du complément d'instruction entrepris par la CNA avant d'examiner le droit aux prestations au titre de l'assurance-invalidité.

Dans une réponse du 16 octobre 2018, l'OAI, se référant à l'avis du Dr R. _____, a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Par réplique du 4 décembre 2018, le recourant a maintenu ses conclusions et requis la production du dossier complet de la CNA ainsi que la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire portant sur la question de l'exigibilité au-delà du mois de novembre 2017.

Aux termes d'une duplique du 20 décembre 2018, l'intimé a fait valoir que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-accidents n'avait pas de force contraignante en matière d'assurance-invalidité et que la reprise par la CNA du versement de ses indemnités journalières restait sans incidence sur la question des prestations allouées dans le cadre de l'assurance-invalidité.

Par déterminations du 8 janvier 2019, le recourant a maintenu sa position, relevant que l'intimé n'était pas légitimé à invoquer l'absence de force contraignante de l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-accidents, dès lors qu'il avait fondé la décision litigieuse sur les seules conclusions médicales de la CNA, son dossier ne comprenant aucun élément propre d'appréciation médicale. Le recourant a transmis un lot de pièces provenant du dossier de la CNA, parmi lesquelles une note interne du 7 décembre 2018 soumettant son cas à l'avis du médecin.

Le 16 janvier 2019, sur réquisition du juge instructeur, la CNA a produit son dossier complet, au sein duquel figuraient notamment :

- un courrier du 2 août 2018 de la CNA informant le représentant du recourant que la décision du 8 janvier 2018 était annulée et que l'instruction du dossier était reprise, accompagnée du versement d'indemnités journalières,
- un courriel adressé le 7 décembre 2018 par Y._____ à la CNA, indiquant que l'assuré avait travaillé 95% de son temps au bureau, dont environ 85% du temps à l'ordinateur, et précisant que si les rapports de travail avaient perduré, le taux de travail à l'ordinateur aurait été compris entre 65% et 85%,
- un avis du 9 janvier 2019 du Dr R._____, répondant par « Oui » aux questions de savoir si une pleine capacité de travail pouvait être exigée dans l'activité habituelle et si le rendement pouvait être considéré comme normal.

Par courrier du 21 janvier 2019, le juge instructeur a fait savoir aux parties que le dossier de la CNA était à leur disposition pour consultation en vue de déterminations éventuelles.

Par déterminations des 6 et 7 février 2019, le recourant et l'intimé ont maintenu leurs conclusions.

Le 4 juin 2019, sur réquisition du juge instructeur, la CNA a produit les nouvelles pièces de son dossier, parmi lesquelles un avis du Dr R._____ du 30 janvier 2019 confirmant ses conclusions précédentes et répondant par « Non » à la question de savoir si la blessure nerveuse avec une plaie des tendons était susceptible d'entraîner certaines difficultés dans une activité impliquant l'usage régulier d'un clavier d'ordinateur.

Dans une écriture du 25 juin 2019, l'intimé a confirmé ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et 125 V 413 consid. 2c et les références ; TF 8C_245/2010 du 9 février 2011, consid. 2).

b) Le recourant ne conteste pas la décision litigieuse en ce qu'elle concerne le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2017 au 28 février 2018. Il n'y a pas lieu d'examiner plus avant cet aspect, qui ne prête pas flanc à la critique. On relèvera à cet égard que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI). S'il veut préserver tous ses droits, l'assuré

doit ainsi déposer une demande à l'AI au tard six mois après la survenance de son incapacité de gain. S'il le fait plus tard, il perd son droit pour chaque mois de retard (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Schulthess 2011, p. 538 n° 2190). Dans le cas d'espèce, l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% dès le jour de son accident, soit le 29 mai 2016. Dès lors qu'il n'a déposé sa demande de prestations auprès de l'OAI que 23 février 2017, son droit à une rente ne peut prendre effet qu'au 1^{er} août 2017.

Le recourant conteste en revanche le refus de rente pour la période courant dès le 1^{er} mars 2018. Est ainsi singulièrement litigieuse la question de savoir s'il a présenté, dès le mois de novembre 2017 (cf. l'art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], cf. consid. 3b infra), une amélioration notable et durable de son état de santé, de nature à réviser la rente octroyée jusqu'alors, dans le sens de sa suppression.

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

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

b) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (cf. ATF 131 V 164 consid. 2.2, 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

c) La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité, où elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré (art. 7 et 8 LPGA). C'est le principe d'uniformité de la notion d'invalidité, lequel règle la coordination de l'évaluation de l'invalidité en droit des assurances sociales. Des

divergences ne sont toutefois pas à exclure d'emblée. S'ils ne peuvent pas ignorer purement et simplement l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé un autre assureur social dans une décision entrée en force, ils doivent s'en écarter s'ils ont des motifs pertinents de le faire. Cela ne sera en principe qu'exceptionnellement le cas. L'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.2.1, 126 V 288 consid. 2a et 2d). Il faut en outre tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4, 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

5. a) Dans le cas d'espèce, l'intimé s'est essentiellement fondé sur les éléments médicaux rassemblés par la CNA, renonçant pour ainsi dire à toute mesure d'instruction propre. Ce procédé n'est pas critiquable en soi. La seule exigence en matière d'instruction est que l'autorité concernée dispose d'un dossier suffisamment complet pour statuer en pleine connaissance de cause sur le droit à ses prestations. En l'occurrence, les [...] à trancher par l'intimé ont trait à la capacité résiduelle de travail du recourant, dans son activité habituelle, cas échéant dans une activité adaptée, ainsi qu'à sa capacité de gain. L'instruction conduite par la CNA visant à établir les mêmes éléments, par rapport à un même état de santé, l'OAI était sur le principe, compte tenu de l'uniformité de la notion d'invalidité, fondé à se baser sur les éléments médicaux rassemblés par l'assureur-accidents. Cela ne le libérait toutefois pas de constituer un dossier complet avant de statuer sur les droits de l'assuré aux prestations de l'assurance-invalidité.

b) Il n'est pas contesté que l'assuré a subi lors de l'accident du 29 mai 2016 une lésion du nerf interosseux postérieur ainsi que des muscles et tendons de l'avant-bras gauche, à la suite de coupures par arme blanche. Des investigations neurologiques effectuées à une semaine de l'accident par la Dre X. _____ ont montré les signes d'une atteinte sévère du nerf radial gauche, singulièrement une atteinte axonale motrice très sévère ainsi qu'une atteinte myélinique du nerf de l'avant-bras. La neurologue a préconisé une révision des plaies ainsi qu'une suture du nerf radial gauche. La Dre K. _____ a pratiqué cette intervention le 7 juin 2016, procédant à une suture du nerf interosseux postérieur avec interposition de deux allogreffes, une suture de l'extensor digitorum communis à sa position centrale, une adaptation de la musculature de l'extensor carpi radialis longus, une adaptation du supinateur et une suture par adaptation de l'extensor carpi ulnaris.

Si tous les médecins ayant examiné le recourant s'entendent sur la nature des lésions subies lors de cet accident, leurs avis divergent s'agissant de leur répercussion sur la capacité de travail du recourant. D'un côté, la Dre K. _____ a attesté une totale incapacité de travail du 6 juin 2016 au 19 novembre 2017, dit arrêt de travail ayant par la suite été prolongé par son confrère le Dr G. _____, spécialiste en chirurgie de la main et chef de clinique auprès de l'Unité de chirurgie de la main et des nerfs périphériques aux B. _____, à tout le moins jusqu'au 31 décembre 2017. De l'autre côté, le Dr R. _____ a constaté que l'assuré gardait une perte de sensibilité à la face dorsale de l'avant-bras gauche et qu'il ne présentait plus d'inclinaison cubitale du poignet gauche ni d'extension active des doigts longs de la main gauche. Il a cependant estimé que la fonction de ladite main était satisfaisante et qu'elle permettait à l'intéressé de travailler en plein dans une activité adaptée, qui ne nécessitait pas le port répété de charges supérieures à 10kg, les mouvements répétés en flexion-extension et en rotation du poignet et de la main gauches ainsi que l'utilisation fine de la main gauche.

c) Force est de constater qu'aucune de ces deux appréciations n'est suffisamment probante pour emporter la conviction.

Les rapports de la Dre K. _____ sont en effet fort succincts et insuffisamment motivés. Cette médecin ne s'est notamment pas prononcée précisément sur les restrictions fonctionnelles, se limitant à indiquer que l'assuré n'avait pas récupéré l'utilisation de l'extensor carpi ulnaris, voire de l'extensor digiti minimi. Son appréciation de la capacité de travail résiduelle est également peu claire. Elle affirme qu'un travail administratif serait idéal et qu'une réadaptation professionnelle sera probablement nécessaire. On peut en déduire qu'elle estime que l'activité habituelle de l'assuré, pourtant très majoritairement administrative, n'est plus exigible. Elle n'explique toutefois pas sur quels aspects elle n'est plus adaptée, quels critères doit remplir une activité pour être adaptée et quelle est la capacité résiduelle de travail de l'intéressé dans une telle activité (à quel taux, depuis quelle date).

C'est ainsi à juste titre que le Dr R._____ a estimé que les rapports de la Dre K._____ ne suffisaient pas pour se prononcer valablement sur l'état de santé de l'assuré et ses conséquences sur la capacité de travail et de gain. Cependant, la même conclusion s'impose s'agissant des appréciations du médecin d'arrondissement. En effet, son rapport d'examen du 29 novembre 2017, comprenant pour sa plus grande partie un historique du suivi médical, est sommaire quant à son appréciation médicale. Interpelé ensuite à deux reprises en janvier 2019 pour donner son avis au sujet des nouvelles pièces rassemblées par la CNA à la suite de sa reprise d'instruction, le Dr R._____ s'est limité à répondre par « Oui » ou par « Non » aux questions qui lui étaient posées, ne donnant notamment pas suite à la demande de la CNA de justifier ses réponses. Ainsi, notamment interrogé sur la question de savoir si les séquelles persistantes étaient susceptibles d'entraîner certaines difficultés dans l'usage régulier d'un clavier d'ordinateur, le Dr R._____ a simplement répondu « Non », sans aucune précision ni motivation. Or, cette limitation fonctionnelle a été soulevée par le Dr Z._____ le 17 novembre 2017, soit quelques jours avant l'examen clinique du Dr Z._____. Le Dr Z._____ a relevé à cet égard que la conjonction d'une blessure nerveuse avec une plaie des tendons entraînait souvent des défauts comme ceux observés au niveau des doigts longs de l'assuré, impliquant une difficulté d'élever ceux-ci lorsque la main est à plat pour taper à l'ordinateur. L'assuré avait d'ailleurs signalé cette problématique au Dr R._____. Dès lors que l'activité habituelle de l'assuré impliquait environ 85% de travail à l'ordinateur, selon les indications fournies par Y._____, tout comme, par essence, la grande majorité des activités administratives, la question nécessitait un examen plus approfondi que celui qui lui a été réservé. S'il estimait que l'avis du Dr Z._____, pourtant spécialiste en chirurgie de la main, n'était pas convaincant, le Dr R._____ devait dûment motiver son appréciation contraire, ce qu'il n'a pas fait. On relèvera d'ailleurs que dans ce contexte, le Dr R._____ a préconisé à deux reprises de solliciter les avis spécialisés d'un neurologue et d'un chirurgien de la main et proposé un court séjour à la J._____. La Dre X._____ avait également suggéré le 7 juin 2016 un nouvel examen neurologique à environ un mois, lequel n'a, selon les pièces au dossier,

jamais eu lieu, pas même ultérieurement. Il ressort également d'une note téléphonique du 4 août 2017 au dossier de l'OAI que la CNA entendait mettre rapidement en place un séjour à la J._____, afin de déterminer la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assuré, ce dernier ayant donné son aval. La CNA a finalement toutefois opté pour un examen clinique par son médecin d'arrondissement, qui n'est ni neurologue ni chirurgien de la main, sans que les pièces au dossier ne permettent de saisir les raisons de ce revirement.

Les autres avis médicaux au dossier ne permettent pas non plus de se déterminer en toute connaissance de cause sur la capacité de travail résiduelle de travail du recourant. Aucun des Drs S._____, Z._____ et P._____ de D._____ ne se sont prononcés sur cette question. Sollicités par le recourant dans le cadre d'un deuxième avis dans la quête de solutions thérapeutiques, et singulièrement sur les éventuelles indications opératoires, ces médecins ne se sont pas préoccupés de la problématique de la capacité de travail de leur patient. Les Drs S._____ et Z._____ n'ont simplement jamais été sollicités à cet égard, ni par la CNA, ni par l'intimé. Quant à la Dre P._____, elle a reçu de la CNA un questionnaire médical lui demandant notamment de renseigner sur ce point. Elle a toutefois laissé la question sans réponse, sans pour autant être relancée par l'assureur-accidents, ni par l'intimé. Les indications données par les Drs S._____ et P._____, l'un évoquant la nécessité d'une reconversion professionnelle et l'autre préconisant d'intervenir auprès de l'employeur pour une affectation à un poste approprié, laissent penser qu'ils considèrent que l'activité habituelle n'est plus adaptée. Leurs indications restent cependant vagues et dénuées de motivation, de sorte qu'elles ne suffisent pas à trancher la question litigieuse. Elles ne permettent notamment pas de déterminer quel type d'activité serait adaptée, dès lors que celle exercée avant l'atteinte à la santé était déjà quasi exclusivement administrative et physiquement peu contraignante, étant rappelé que se pose la question de l'exigibilité du travail à l'ordinateur.

d) Au vu des éléments précités, les pièces au dossier ne permettent pas de trancher la question de savoir si l'activité habituelle du recourant est adaptée à son état de santé ou si elle ne l'est pas, et, dans la négative, en quoi consisterait une activité adaptée et quelle serait la capacité résiduelle de travail, et de gain, de l'assuré dans ce cadre. La position de l'intimé à cet égard n'est d'ailleurs pas claire. Dans son écriture du 7 février 2019, l'OAI affirme être moins sévère que la CNA, dans la mesure où, contrairement à l'assureur-accidents, il ne retient une exigibilité que dans une activité adaptée, et non dans l'activité habituelle, alors que dans son rapport final du 21 mars 2018, il fixait une pleine exigibilité dans l'activité habituelle de même que dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

En tout état de cause, les avis du Dr R._____, particulièrement succincts et peu voire pas motivés pour certains, ne revêtent qu'une valeur probante limitée, insuffisante pour établir au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références) une amélioration notable de l'état de santé du recourant dès le 29 novembre 2017. L'intimé n'était ainsi pas fondé à mettre fin au droit à la rente d'invalidité au 28 février 2018. Il ne pouvait notamment se limiter à affirmer sans plus de motivation que, fort des qualifications acquises depuis l'obtention du CFC de monteur électricien et de son expérience professionnelle dans le management et la vente, l'assuré pouvait mettre en valeur sa capacité de travail dans une activité parfaitement adaptée à ses limitations fonctionnelles sans subir de préjudice économique. Il lui appartenait au contraire de compléter le dossier sur les points précités. Pour ce faire, il lui était loisible soit d'instruire lui-même, soit de surseoir jusqu'à la décision à rendre par la CNA, compte tenu du principe de l'uniformité de la notion d'invalidité, tout en prenant soin d'examiner à ce moment-là si les mesures d'instruction conduites par cette dernière étaient suffisantes pour statuer. Mais en aucun cas ne pouvait-il faire l'économie d'une instruction complémentaire et statuer sur le dossier dans son état au moment où il a rendu sa décision du 2 juillet 2018. En cela, la décision entreprise est prématurée. On relèvera d'ailleurs que malgré le dernier avis du Dr R._____ du

30 janvier 2019, pourtant affirmatif s'agissant de la capacité de travail, la CNA n'avait toujours pas rendu de nouvelle décision le 4 juin 2019, date à laquelle son dossier a été transmis à la Cour de céans, ce qui ne permet pas d'exclure la mise en œuvre de nouvelles mesures d'instruction.

6. En définitive, les éléments au dossier ne permettent pas à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé – à qui il incombe au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Dans ce cadre, il incombera à l'intimé de compléter son dossier au plan médical, afin de spécifier précisément les limitations fonctionnelles du recourant et sa capacité résiduelle de travail, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Selon les conclusions au plan médical, l'intimé devra également instruire au plan économique, afin de déterminer si le recourant subit un préjudice économique en raison de son atteinte à la santé.

7. a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

b) 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'AI devant le Tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1 LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge de l'intimé débouté.

c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr., à la charge de l'intimé (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative] ; RSV 173.36.5.1).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 8 juillet 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et le dossier renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à charge de l'intimé.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Q._____ une indemnité de dépens de 1'500 fr. (mille cinq cents francs).

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Marc Mathey-Doret (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :