

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 mars 2023

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
M. Oppikofer et Mme Saïd, assesseurs  
Greffière : Mme Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.**\_\_\_\_\_, à P.\_\_\_\_\_, recourant, représenté par Me Mirjam Richon-Bruder, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 28 LAI ; 4, 7, 8 et 16 LPGA**

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

**A.** W.\_\_\_\_\_, d'origine kosovare, né en 1983 (ci-après l'assuré et/ou le recourant), a travaillé comme aide-jardinier pour le compte de la société L.\_\_\_\_\_ dès le 4 juillet 2018, dite activité lui procurant un gain intermédiaire dans le cadre de l'assurance-chômage.

Le 28 août 2018, l'assuré a voulu enlever une branche dans une haie alors que son patron passait la cisaille dans celle-ci. Il a été coupé au niveau des doigts de la main gauche. L'assuré a subi une intervention chirurgicale pratiquée par le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin associé auprès du Service de chirurgie plastique et de la main du R.\_\_\_\_\_, le jour-même.

Dans son rapport du 30 août 2018, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a posé comme diagnostics des plaies palmaires multidigitales de la main gauche avec :

- « - index : amputation distale au niveau de la houppe phalangienne
- majeur : section complète du nerf et de l'artère collatéraux ulnaires, section subtotala 95 % du tendon fléchisseur profond en zone I
- annulaire : plaies palmaires simples ».

Au titre d'indication opératoire, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a notamment mentionné ce qui suit :

« L'examen clinique montre une amputation très distale de l'index ainsi que des plaies multiples de la face palmaire du majeur et de l'annulaire. Hypoesthésie pulpaire du majeur avec un temps de recoloration physiologique. Au niveau de l'annulaire, pas de trouble vasculo-nerveux. Les tendons fléchisseurs sont tous fonctionnels. Une révision de plaie est indiquée. »

Le 4 septembre 2018, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la SUVA) a pris le cas de l'assuré à sa charge.

Dans son rapport du 9 novembre 2018, après avoir rappelé que l'assuré, droitier, avait été victime de plaies pluridigitales de la main gauche par un taille-haie le 28 août 2018 pour lesquelles il avait bénéficié d'une révision au bloc opératoire, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution était plus lente que ce à quoi on pouvait s'attendre à ce stade, avec une raideur qui restait importante chez un patient timoré qui nécessitait une remise en confiance. Il a préconisé un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) pour une rééducation intensive et une remise en situation professionnelle par des ateliers.

L'assuré a bénéficié d'un séjour à la CRR du 4 décembre 2018 au 15 janvier 2019. Dans leur rapport du 1<sup>er</sup> février 2019, les médecins de la CRR ont retenu sur le plan orthopédique un syndrome douloureux régional complexe (ci-après : SDRC) de la main gauche (au stade I/II à la scintigraphie osseuse triphasique du 26 décembre 2018), ainsi qu'une attitude en col de cygne du troisième doigt gauche, avec un patient présentant une raideur des deuxième et troisième doigts, une discoloration variable dans le temps et des troubles trophiques et de températures de la main gauche, lesquels s'étaient accentués au cours du séjour. Les critères de Budapest étaient donc remplis pour un diagnostic clinique en faveur d'un SDRC. Ils ont néanmoins retenu que des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré, à savoir une kinésiophobie, un patient centré sur les douleurs et les signes vasomoteurs, ainsi qu'une cotation élevée de la douleur. La participation de l'assuré aux thérapies a été considérée comme moyenne. Les médecins ont estimé qu'une stabilisation médicale était attendue dans un délai de six mois. Ils ont retenu les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : limite du port de charge de 5 à 10 kg, port de charge répété du membre supérieur gauche limité à 5 kg, pas de mouvements répétés de la main et du poignet gauches. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable. Par contre, dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles, le pronostic de réinsertion était théoriquement favorable à moyen terme.

Lors de l'entretien avec un conseiller en case management de la CNA qui a eu lieu le 6 mars 2019 au domicile de l'assuré, celui-ci a indiqué qu'il avait toujours beaucoup de douleurs, localisées au niveau des doigts 2 et 3, qui pouvaient remonter jusqu'à l'épaule en passant par le coude. Il aurait une complication sous forme de Sudeck. Le chirurgien du R.\_\_\_\_\_ lui aurait dit qu'il n'avait pas vraiment d'autre proposition chirurgicale qui pourrait améliorer la situation. Le conseiller en case management a relevé qu'au cours de cet entretien l'assuré lui aurait déclaré qu'il était gaucher, ce que son épouse aurait contesté. L'assuré aurait confirmé une seconde fois qu'il était gaucher, alors que les documents médicaux attestent qu'il est droitier.

**B.** Le 11 mars 2019, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI et/ou l'intimé) en indiquant comme atteinte à la santé le « sectionnement de plusieurs phalanges à la main gauche » à la suite d'un accident dans le cadre professionnel.

**C.** Par courrier du 27 mai 2019, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a requis du Service d'antalgie de l'Hôpital de [...] qu'il convoque l'assuré pour une évaluation en indiquant comme diagnostic principal des douleurs neuropathiques avec SDRC au stade froid du membre supérieur gauche et un « status après amputation de l'extrémité distale de l'index, section du tendon fléchisseur profond et de l'artère et du nerf collatéraux ulnaires du majeur, plaie simple palmaire de l'annulaire à la main gauche le 28 août 2018 (suture du tendon fléchisseur profond, du nerf et de l'artère collatéraux ulnaires du majeur le même jour) ». Il relevait qu'une rééducation soutenue avait été conduite mais qu'un SDRC avait entraîné des séquelles sous forme de douleurs et d'une raideur. Malgré le développement d'une déformation en col de cygne du majeur, il ne voyait pas d'indication à une chirurgie, l'essentiel étant à ses yeux la gestion de la douleur. Il indiquait encore qu'un suivi psychologique était possiblement indiqué vu un état anxieux préexistant à l'accident et un catastrophisme relativement marqué qu'il faisait suite au traumatisme.

Par courrier du 17 juillet 2019, le Dr R.\_\_\_\_\_, médecin-associé au Centre d'antalgie de l'Hôpital de [...], a répondu en substance au Dr Q.\_\_\_\_\_ que le contexte psychologique de l'assuré était très défavorable, celui-ci présentant des signes de dépression significatifs et un passé douloureux chronique qui remontait bien avant son accident.

Le 11 septembre 2019, l'assuré a été examiné par la Dre A.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement auprès de la CNA. Elle a retenu comme diagnostics :

- Amputation distale de l'index avec section subtotale (95 %) du tendon fléchisseur profond, section complète du nerf et de l'artère collatéraux ulnaire du majeur, plaie simple palmaire de l'annulaire de la main gauche le 28 août 2018 ayant nécessité le même jour une suture du tendon fléchisseur profond, du nerf et de l'artère collatéraux ulnaire du majeur gauche et, le 11 octobre 2018, un débridement de tissus nécrotiques avec visualisation d'un botryomycome et application de nitrate d'argent sous bloc digital de l'index gauche.
- Syndrome douloureux régional complexe de la main gauche, phase plutôt froide.
- Col de cygne du doigt 3.

Faisant état des importantes douleurs dont s'était plaint l'assuré durant l'examen clinique, la Dre A.\_\_\_\_\_ a proposé qu'il soit convoqué par le Centre antidouleur du R.\_\_\_\_\_ afin qu'un suivi du traitement médicamenteux puisse être effectué. Elle a rappelé à cet égard que l'Amitriptyline mise en place lors de la consultation chez le Dr K.\_\_\_\_\_ en juillet 2019 avait été arrêtée pour des raisons qui lui échappaient et que l'assuré semblait prendre ses médicaments parfois de manière un peu désordonnée. Dans le cadre de son appréciation du cas, elle a considéré que la situation n'était pas stabilisée d'un point de vue médical, qu'il était judicieux que le traitement d'ergothérapie continue et que l'assuré soit suivi d'un point de vue psychiatrique. Elle a proposé de revoir l'assuré dans un délai de trois à six mois.

Dans leur rapport du 17 décembre 2019, le Dr N. \_\_\_\_\_ et la Dre G. \_\_\_\_\_, respectivement médecin associé et cheffe de clinique auprès du Centre d'antalgie du R. \_\_\_\_\_, ont préconisé une approche interdisciplinaire au vu des douleurs présentées par l'assuré. Ils ont indiqué que celui-ci devait se rendre prochainement auprès d'un thérapeute psychologique. Selon eux, un traitement antalgique des douleurs neuropathiques pouvait débuter par un antidépresseur tricyclique ou SNRI. Ayant noté que l'Amitriptyline n'avait pas été supportée par le patient, ils ont indiqué avoir prescrit du Cymbalta 30 mg, à augmenter à 60 mg en cas de bonne tolérance. Selon eux, les antiépileptiques étaient également recommandés et, dès lors que l'assuré présentait une forme froide du SDRC, un traitement vasodilatateur pouvait lui être donné. Ils ont relevé que leur proposition d'un bloc du ganglion stellaire avait fait peur à l'intéressé. Pour soulager l'allodynie, ils ont fait une prescription de gel d'Amitriptyline/Kétamine. Enfin, à défaut d'une stimulation médullaire, ils ont proposé à l'assuré une stimulation transcrânienne répétitive ainsi qu'un traitement par hypnose.

L'assuré a été vu une nouvelle fois par la Dre A. \_\_\_\_\_ le 29 juin 2020. Aux termes de son appréciation finale du même jour, le médecin d'arrondissement a notamment relevé que, subjectivement, l'assuré déclarait d'importantes douleurs, mentionnant ne rien pouvoir faire avec sa main gauche. Il relatait également des changements de couleurs et de température de sa main gauche, affirmant que c'était à cause du Sudeck et que celui-ci s'étendait partout (pied, bras...). Objectivement, la Dre A. \_\_\_\_\_ constatait une absence d'amyotrophie du membre supérieur gauche et aucun signe objectif d'un SDRC encore actif. Elle observait par contre un col de cygne marqué au niveau du 3<sup>ème</sup> doigt et nettement moins prononcé au niveau des 2<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> doigts. La force était nettement diminuée au test de Jamar. Toutefois, il existait d'importantes autolimitations au cours de l'examen, de même que des tremblements induits et des discordances. Sur le plan médical, l'état de santé était stabilisé. Il n'y avait pas de traitement chirurgical ou médical susceptible d'améliorer de manière significative la situation. La poursuite

de l'ergothérapie pouvait se faire encore durant trois mois. La Dre A.\_\_\_\_\_ retenait les limitations fonctionnelles suivantes : activités s'exerçant essentiellement avec la main droite chez cet assuré droitier, la main gauche pouvant uniquement servir d'aide mais ne pouvant pas effectuer d'activités manuelles. Pas d'activités au froid mais une activité s'exerçant à l'intérieur. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'assuré pouvait travailler à 100 % sans diminution de rendement. Dans l'ancienne activité et dans toutes les activités bimanuelles, la capacité de travail était nulle.

Dans son rapport du 5 octobre 2020 à l'OAI, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a mentionné suivre l'assuré depuis le 20 février 2020, la dernière consultation ayant eu lieu le 27 août 2020. Il a posé les diagnostics de réaction anxio-dépressive durable, secondaire à une affection somatique perçue comme invalidante depuis 2019, et de suspicion de somatisations en 2016 (douleurs thoraciques), sans incidence sur la capacité de travail. Il a exposé que les symptômes décrits (aboulie, tensions nerveuses, désarroi, ruminations, insomnies, irritabilité, colère) correspondaient à un affaissement de la thymie, secondaire à sa situation socio-professionnelle délicate, durement impactée par les conséquences subjectives et objectives de son accident. Préconisant un soutien psychologique, le psychiatre traitant a indiqué que, du point de vue psychiatrique, si la situation somatique pouvait être améliorée, il ne devrait pas y avoir de limitations fonctionnelles et que, dans le cas contraire, les limitations fonctionnelles étaient secondaires à une thymie abaissée (adynamie, tensions nerveuses, démotivation). Il a par ailleurs exposé que le faible niveau d'éducation et de maîtrise de la langue française constituaient un obstacle à la réinsertion de l'assuré. Concernant la capacité de travail de l'assuré, le Dr B.\_\_\_\_\_ a exposé que, dans l'activité habituelle, du point de vue psychique, il n'y avait pas de limitation si l'atteinte somatique pouvait être guérie. Si une telle guérison s'avérait irréaliste, un travail de réadaptation devrait lui être proposé. Dans une activité tenant compte de l'atteinte à la santé - « qui devrait être trouvée au terme d'une démarche de réentraînement au travail » -, il a indiqué ne pas percevoir de troubles psychiques qui

empêcheraient cette démarche. Le psychiatre a précisé qu'il lui était difficile d'évaluer le potentiel de réadaptation de son patient en pourcentage de sa capacité de travail. Dans le questionnaire annexé relatif aux limitations fonctionnelles, le Dr B. \_\_\_\_\_ a relevé que le rythme de la capacité de travail encore possible dépendait des résultats des mesures de réentraînement au travail.

**D.** Dans son compte-rendu du 28 octobre 2020, le Dr D. \_\_\_\_\_ de la permanence du Service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI a rappelé que le médecin d'arrondissement de la CNA avait retenu, dans son rapport du 30 juin 2020 (recte : 29 juin 2020), une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle mais une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : « Activités s'exerçant essentiellement avec la main D (réd. : droite) chez cet assuré droitier, la main G (réd. : gauche) pouvant uniquement servir d'aide mais ne peut pas effectuer d'activités manuelles. Pas d'activités au froid mais une activité s'exerçant à l'intérieur. Dans l'ancienne activité et dans toutes activités bimanuelles, la capacité de travail est nulle. ». Après avoir indiqué qu'un rapport médical avait été demandé au Dr B. \_\_\_\_\_ chez lequel l'assuré bénéficiait d'un suivi psychiatrique, il a conclu que les diagnostics retenus par ce dernier le 5 octobre 2020, à savoir une réaction anxio-dépressive durable secondaire à une affection somatique perçue comme invalidante et une suspicion de somatisations en 2016, sans valeur incapacitante, ne permettaient pas de s'éloigner de la position de la CNA.

Par projet de décision du 19 novembre 2020 l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période allant du 1<sup>er</sup> septembre 2019 au 30 septembre 2020. Il a considéré que, dès le mois de juin 2020, bien que l'assuré présentait toujours une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle d'aide-jardinier, une pleine capacité de travail devait lui être reconnue dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles (activités s'exerçant essentiellement avec la main droite, la main gauche pouvant uniquement servir d'aide mais ne pouvant pas effectuer d'activités manuelles, absence d'activités au froid, mais activités en intérieur). Considérant que tel serait le cas dans des activités simples

et répétitives dans le secteur de l'industrie légère, « par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement », l'OAI a comparé le revenu des activités précitées aux gains que l'assuré aurait pu percevoir sans atteinte à la santé, afin de déterminer le préjudice économique. Cela étant, il a retenu ce qui suit (sic) :

« Dans votre situation, étant donné que vous exercez une activité non qualifiée à faible taux en gain intermédiaire au chômage, votre revenu sans invalidité doit être évalué en tenant compte des données salariales de l'Office de la statistique.

En l'occurrence, le salaire que peut percevoir un homme en bonne santé dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de CHF 68'446.03 à 100%, en 2020.

S'agissant de l'évaluation du revenu avec invalidité, étant donné que vous n'avez pas repris d'activité professionnelle, la jurisprudence prévoit de se référer à ces mêmes données statistiques.

Vos perspectives de gain avec atteinte à la santé sont donc identiques à celles qui prévalaient avant votre atteinte.

Enfin, vos limitations fonctionnelles justifient d'appliquer un abattement de 10% sur le salaire statistique précité. Votre revenu d'invalidité est donc de CHF 61'061.43.

Comparaison des revenus :

Revenu sans atteinte à la santé	CHF 68'446.03
Revenu avec atteinte à la santé	CHF 61'061.43
Perte de revenu	CHF 6'844.60
Degré d'invalidité	10%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% n'ouvre pas le droit à la rente. Par conséquent le droit à votre la rente s'éteint le 30 septembre 2020, soit après trois mois de l'amélioration de la capacité de travail conformément l'art. 88a al. 1 RAI.

S'agissant du droit aux mesures professionnelles, celui-ci existe si, malgré l'exercice d'une activité raisonnablement exigible qui ne nécessite pas de formation particulière, le manque à gagner durable est encore de 20%. Selon nos constatations, tel n'est pas le cas. »

Le 1<sup>er</sup> décembre 2020, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI notamment ce qui suit (sic) :

« Mon dernier courrier du 2.9.2020 mentionnait une capacité de travail de 100 % dans un travail monomanuel droit en tenant

compte uniquement des limitations somatiques du membre supérieur gauche. On peut considérer que la main gauche est non fonctionnelle et douloureuse à la moindre sollicitation, parfois également au repos. Les différentes tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité ne montrent pas de handicap correspondant exactement à cette situation. On peut néanmoins apparenter cette situation à une amputation partielle de la main gauche. Considérant la table 3 (révision 2000) de la Suva, la position 32 pourrait, par analogie correspondre au préjudice, c'est-à-dire à 20 %. Cela ne tient pas compte des autres atteintes liées au syndrome douloureux régional complexe qui font l'objet d'un suivi dans le centre d'antalgie du R.\_\_\_\_\_. Le patient est également suivi sur le plan psychiatrique, je ne peux pas me prononcer quant à d'éventuelles limitations à ce niveau. »

Par courrier du 29 janvier 2021, l'assuré, désormais représenté par Me Mirjam Richon-Bruder, a contesté la suppression du droit à la rente dès le 1<sup>er</sup> octobre 2020, en faisant valoir que l'appréciation de l'OAI selon laquelle il disposerait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le mois de juin 2020 reposait sur le seul avis médical du médecin d'arrondissement de la CNA, alors que dit avis était en contradiction avec ceux de ses médecins traitants et de son ergothérapeute, selon lesquels il n'est pas apte à travailler dans une activité adaptée comme préconisée, seule une éventuelle capacité de travail de 20 % pouvant lui être reconnue, bien que sa main gauche soit inutilisable et qu'il présente un syndrome douloureux régional complexe. A cet égard, l'assuré s'est référé au rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> décembre 2020 à l'OAI. Pour le surplus, il a produit le rapport médical établi par le 5 janvier 2021 par les Drs N.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, qui résume leur suivi de l'assuré depuis un an en ces termes (sic) :

« Le diagnostic de CRPS (réf. : Complex regional pain syndrome, soit SDRC en français) a été posé suite au séjour de CRR de Sion de décembre 2018 à janvier 2019 avec une scintigraphie osseuse positive et les critères de Budapest également en faveur.

Son suivi au R.\_\_\_\_\_ est pluridisciplinaire, il est effectué auprès de notre Centre d'antalgie et en chirurgie plastique.

Il bénéficie également d'un suivi auprès d'un psychiatre.

Il a également actuellement un suivi en physiothérapie.

Il a bénéficié d'un avis auprès de nos confrères antalgistes de [...] qui ne posent pas d'indication à un stimulateur médullaire.

Nous sommes actuellement à plus de 2 ans de son accident. La situation est éprouvante pour le patient qui non seulement a perdu la fonction de sa main gauche mais a des douleurs envahissantes irradiant à la tête, aux jambes et au tronc, difficiles à soulager. Ce patient est droitier, la fonctionnalité de la main gauche est entravée par une raideur mais également par ses douleurs envahissantes.

Nous avons prescrit différents traitements adaptés pour les douleurs neuropathiques : Cymbalta dont les effets secondaires ont été mal supportés et arrêté, Saroten introduit et arrêté, Lyrica Neurontin, une crème d'Amitryptiline/Kétamine est également prescrite.

Une perfusion test de Kétamine est initiée et interrompue en raison également des effets secondaires aggravant la symptomatologie douloureuse.

Il reste encore des perfusions de Lidocaïne que nous n'avons pas initiées.

Nous avons effectué un bloc du ganglion stellaire qui n'a pas apporté de bénéfice sur sa symptomatologie.

L'hypnose a été proposée mais la barrière linguistique compromet cette technique.

Le patient garde un traitement symptomatique de la douleur avec du Dafalgan, des AINS et du Tramal. Ce traitement est nettement insuffisant.

La problématique sociale est importante : ce patient est père de famille de 3 enfants avec son épouse sans revenus.

Il nous demande de considérer son atteinte afin de bénéficier d'une rente AI.

Il nous est difficile de nous prononcer sur un pourcentage global. Sa main gauche est à considérer comme inutilisable. La symptomatologie douloureuse semble s'aggraver et ne répond pas à nos traitements et rend difficile une reprise professionnelle au-delà de l'impotence physique de la main gauche. »

L'assuré a également produit un courrier du 12 janvier 2021, dans lequel X.\_\_\_\_\_, ergothérapeute, indique que depuis qu'il a séjourné à la CRR, l'assuré décrit des douleurs irradiant dans tout le membre supérieur jusqu'à l'omoplate de type « brûlure » et tiraillements. A ce jour, il ressent des douleurs dans tout le corps, de type allodynie. Etant donné les douleurs et le manque de mobilité de ses doigts, la capacité de travail de l'assuré serait selon l'ergothérapeute de 20 % au maximum, pour autant que l'activité ne nécessite pas l'utilisation de sa main accidentée et qu'elle puisse être effectuée avec des pauses lorsque la douleur augmente. Par ailleurs, dans un document du 26 janvier 2021 adressé « à

qui de droit », le médecin traitant de l'assuré, le Dr H.\_\_\_\_\_, atteste que, depuis début 2017, l'assuré a présenté de violentes douleurs thoraciques, survenant par crises, qui ont été multi-investiguées sans qu'une cause organique ait pu être mise en évidence. A la même époque, son patient avait aussi signalé des vertiges, des céphalées, des cervicalgies, des nausées récurrents, le tout dans le contexte d'un état anxio-dépressif d'intensité moyenne. A partir de mi-2017, en raison des symptômes multiples précités, ses conditions socioprofessionnelles s'étaient dégradées et étaient responsables d'une incapacité de travail à long terme qu'il estimait à 50 % environ. Il relevait que c'était dans ce contexte qu'était survenu l'accident du 28 août 2018, qui avait privé l'assuré de l'usage de sa main gauche et pour lequel toutes les mesures de rééducation ordonnées par la CNA s'étaient révélées infructueuses. Cela étant, le Dr H.\_\_\_\_\_ considérait que, compte tenu de tous ses antécédents, de ses conditions bio-psycho-sociales, de son peu de formation et de ses connaissances linguistiques limitées, sa capacité de travail résiduelle n'excédait pas 20 % dans une activité adaptée.

Au terme de sa contestation, faisant grief à l'OAI de ne pas avoir pris en compte le syndrome douloureux régional complexe dont il souffre dans l'évaluation de sa capacité de travail, l'assuré a conclu à la réforme du projet de décision du 19 novembre 2020 en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est allouée dès le 1<sup>er</sup> septembre 2019. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation dudit projet de décision et à la reprise de l'instruction de la cause par l'OAI « afin de déterminer précisément l'impact du syndrome douloureux régional complexe sur sa capacité à travailler, en sus de l'inutilisation de sa main gauche, cas échéant en chiffrant le taux d'invalidité qui en découle ».

Par écriture complémentaire du 1<sup>er</sup> février 2021, l'assuré a requis de l'OAI qu'il tienne compte du récent rapport médical établi par la Dre G.\_\_\_\_\_, qui va dans le sens d'une invalidité entière notamment en raison du syndrome douloureux régional complexe dont il souffre.

Le courrier, non daté, des Drs N.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ à l'attention du Dr H.\_\_\_\_\_, annexé à l'écriture de l'assuré du 1<sup>er</sup> février 2021, expose notamment ce qui suit (sic) :

« **Diagnostics et problèmes**

- Douleur chronique primaire : Syndrome douloureux régional complexe de la main gauche (ICD-11).
- Douleur chronique primaire : Douleurs chroniques généralisées (nociplastiques) (ICD-11).
- Douleur chronique secondaire : Douleurs chroniques neuropathiques (ICD-11).

**Anamnèse**

M. W.\_\_\_\_\_ se présente à notre consultation le 23.01.2020 fortement handicapé par sa main gauche des suites d'un accident de travail - taille de haie avec amputation de D3 houppe le 28.08.2018. Le diagnostic de CRPS a été posé suite au séjour de CRR de Sion décembre 2018 - janvier 2019 avec une scintigraphie osseuse positive et les critères de Budapest également en faveur.

Le syndrome douloureux complexe se complique d'une douleur chronique avec un retentissement important sur les activités de la vie quotidienne. Ce père de famille de 3 enfants ne peut plus porter son nourrisson, il ne participe plus aux activités ménagères [...]. Pour se rendre à son domicile, le patient monte avec difficultés 4 étages d'escaliers, la marche est limitée à 15 minutes en raison de l'exacerbation de ses douleurs notamment cervicobrachiales, jambes et de la tête - visage compris. Ses douleurs ont également un retentissement sur son sommeil avec un sommeil entrecoupé de 1 - 2 heures nécessitant des siestes la journée et provoquant une forte fatigue et des troubles de la concentration. Spontanément et sans effort, il peut ressentir des oppressions thoraciques, des palpitations et ressent des vertiges au lever. Il présente également des accès de transpiration et des perceptions de température différentes d'une partie à l'autre de son corps.

Cette situation a un impact sur ce patient qui était en bonne santé et qui avait un travail de paysagiste. Il présente des ruminations et un probable état dépressif avec une vision future négative de sa situation. A noter qu'il a un suivi auprès d'un psychiatre.  
[...]

**Status**

Le patient transpire (hypersudation généralisée), la sensibilité cutanée grossière est diminuée sur l'hémicorps gauche, allodynie du bras gauche, l'abduction du bras gauche est réduite à 40° en raison des douleurs. La palpation de la colonne est sensible au niveau cervical et dorsal.

[...]

**Problème et attitude**

Le patient présente une maladie chronique qui évolue mal avec une augmentation dramatique de sa symptomatologie douloureuse.

Nous sommes à plus de 2 ans de l'accident. Nous avons un suivi régulier de ce patient dans notre centre d'antalgie et nous pouvons constater plusieurs critères de sévérité. Les douleurs du patient ont augmenté en intensité et en territoire. Nous avons des scores **DN4** à 10/10 pour des douleurs de type neuropathique, avec aussi des aspects nociplastiques avec une nociception altérée. L'index de douleur WPI est à 15/19, l'échelle de sévérité est de 10/12.

Nous constatons un patient avec une hypoesthésie cutanée de l'hémicorps gauche, une allodynie sur l'entier de son bras gauche et des troubles vasomoteurs compatibles avec un syndrome douloureux régional complexe. Il présente également des troubles vasomoteurs au bras droit.

L'impact sur sa vie quotidienne, ses activités, son humeur est massif.

Le patient nécessite une prise en charge multidisciplinaire. Il vient aux consultations de manière suivie et régulière. Des essais multiples d'antalgie interventionnelle (bloc sympathique, perfusions de kétamine) sont restés inefficaces. Le pronostic d'une telle évolution est mauvais, au niveau de ses douleurs et de sa capacité de travail. Le patient considère pouvoir garder une activité à 20%, mais même ce taux risque selon nous d'être difficile à tenir. »

Dans un avis SMR du 12 mars 2021, le Dr M.\_\_\_\_\_ a notamment indiqué ce qui suit (sic) :

« Faits-nouveaux : Un RM (réd. : rapport médical) du Centre d'antalgie du R.\_\_\_\_\_, du 05.01.21, décrit suite à un traumatisme de la main G (réd. : gauche), des douleurs envahissantes irradiant à la tête, aux jambes et au tronc, résistantes aux traitements. La problématique sociale est importante chez cet assuré qui est père de 3 enfants avec une épouse sans revenu et qui demande considérer son atteinte afin de bénéficier d'une rente AI.

Un RM du MT (réd. : médecin traitant), du 26.01.21, estime que compte-tenu des ATCD (réd. : antécédents), des conditions bio-psycho-sociales, du niveau de formation et des connaissances linguistiques limitées, la CTAA (réd. : capacité de travail dans une activité adaptée) est de 20 %.

Un RM du Centre d'antalgie du R.\_\_\_\_\_, reçu le 02.02.21, mentionne un syndrome douloureux régional complexe se compliquant d'une douleur chronique dans le dos, les bras, la tête, y compris la région cervicale et le visage, et les jambes, ainsi qu'une sensation de température différentes d'une partie à l'autre de son corps.

Discussion : L'évaluation de la CT (réd. : capacité de travail) par les médecins traitants repose en grande partie sur des facteurs extérieurs. Nous proposons à la gestionnaire de réinterroger le Centre d'antalgie du R.\_\_\_\_\_ avec les questions ci-dessous afin de mieux comprendre l'intensité et la nature incapacitante de la symptomatologie évoquée :

- Selon quels littérature scientifique et processus physiopathologique concluez-vous qu'un traumatisme de la main

G peut engendrer des douleurs dramatiques dans le dos, les bras, la tête, y compris la région cervicale et le visage, et les jambes ?

- A quelle fréquence une telle manifestation de la symptomatologie est rencontrée chez des individus présentant une atteinte initiale comparable ?
- Selon quels territoires neurologiques précis la symptomatologie se manifeste-t-elle et en lien avec quelle lésion ?
- De quelle manière avez-vous objectivé la sensation de température différente d'une partie à l'autre du corps ?
- Pouvez-vous décrire précisément les troubles vasomoteurs observés ? »

Le 15 mars 2021, l'OAI a envoyé au Centre d'antalgie du R.\_\_\_\_\_ un courrier le priant de répondre au questionnaire mentionné dans l'avis SMR du 12 mars 2021.

**E.** Par décision du 29 mars 2021, la CNA a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assuré. Elle a retenu que, selon ses investigations médicales, il était à même d'exercer, en ce qui concerne les seules séquelles de l'accident, une activité dans différents secteurs de l'industrie, s'exerçant essentiellement avec la main droite (l'assuré étant droitier), la main gauche pouvant uniquement servir d'aide mais non effectuer des activités manuelles ou au froid. L'activité devait se pratiquer à l'intérieur et était exigible durant toute la journée. Cela étant, en prenant comme base les chiffres du niveau de compétences 1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) et en tenant compte d'une réduction de 10 % pour les limitations fonctionnelles, la CNA est parvenue à la conclusion que le degré d'invalidité était de 3 %, donc inférieur au minimum légal de 10 % ouvrant le droit à une rente d'invalidité.

Par courrier du 6 mai 2021, les Drs N.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ du Centre d'antalgie du R.\_\_\_\_\_ ont indiqué au conseil de l'assuré ce qui suit (sic) :

« Ce patient est suivi à ma consultation d'antalgie du R.\_\_\_\_\_ avec un diagnostic de CRPS (complex regional pain syndrome [réd. : syndrome douloureux régional complexe]) apparu suite à un traumatisme à sa main gauche le 28.08.2018. Il s'agit d'une maladie sévère.

Vous m'annoncez que la SUVA (réd. : la CNA) reconnaît une atteinte à l'intégrité de mon patient à 6% et que ce pourcentage ne tient à votre avis pas suffisamment compte de l'atteinte réelle subie.

Vous me demandez de vous indiquer quel pourcentage serait plus juste en tenant compte de l'atteinte globale.

Cette maladie amène une constellation de symptômes incluant des anomalies sensorielles, des anomalies du système nerveux autonome. La douleur commence sur le site du trauma initial et s'étend sans distribution dermatomale spécifique. Certains CRPS peuvent régresser mais après 2 ans un espoir de guérison apparaît illusoire. De multiples mécanismes périphériques et centraux semblent être impliqués.

L'implication du déficit et du handicap est reconnue dans ce type de maladie, elle est importante : une déficience du membre supérieur associée à une limitation fonctionnelle avec des douleurs chroniques a un impact négatif sur une probabilité de reprise professionnelle, l'implication psychologique est notable et ne doit pas être sous-estimée. Il existe un score suggéré en fonction des critères de déficience (CRPS-ADL classes of impairment) la situation de mon patient correspond à la classe III avec un pourcentage de 10-25% à additionner au pourcentage de perte fonctionnelle (Aronoff GM, American Academy of Disability Evaluating Physicians (AADEP) position paper : complex regional pain syndrome I (RSD): impairment and disability issues, Pain medicine 2002).

A ce jour, les traitements n'entraînent pas d'amélioration notable de l'état de santé et la situation du patient semble plutôt en aggravation.

Les limitations subies par mon patient vont au-delà de la lésion initiale et impliquent l'entier du membre supérieur gauche. A cela s'ajoutent de fortes douleurs qui remontent à la nuque et l'hémiface gauche et comment à s'étendre au niveau des jambes. Objectivement la limitation que subit M. W.\_\_\_\_\_ porte sur l'entier du membre supérieur gauche avec une évolution en aggravation. Une perte fonctionnelle totale du membre supérieur gauche correspond à un taux de 50% d'atteinte à l'intégrité (Annexe 3 à l'art. 36 al. 2 OLAA). »

**F.** Dans un avis SMR du 17 juin 2021, le Dr M.\_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit (sic) :

« Faits-nouveaux : Par courrier du 30.03.21, la SUVA confirme qu'une activité dans différents secteurs de l'industrie s'exerçant à l'intérieur, et essentiellement avec la main D (réd. : droite) dominante, est exigible durant toute la journée.

Un RM du Centre d'antalgie du R.\_\_\_\_\_, du 06.05.21, mentionne une constellation de symptômes incluant des anomalies sensorielles et des anomalies du système nerveux autonome, avec de multiples mécanismes périphériques et centraux semblant être impliqués. L'appréciation repose sur les plaintes de l'assuré.

Discussion : Les médecins du Centre d'antalgie ne sont pas en mesure de mettre en évidence la plupart des éléments qui leur permettraient de répondre objectivement aux questions qui leur ont été adressées. Ils ne sont pas en mesure de décrire précisément la

physiopathologie sous-tendante autrement que par une vague implication supposée de « multiples mécanismes périphériques et centraux », ni de montrer un degré de probabilité prépondérant qu'une telle symptomatologie se développe en lien avec l'atteinte considérée. Ils ne sont pas en mesure d'objectiver une température différente d'une partie du corps de l'assuré ni de décrire précisément des troubles vasomoteurs évoqués. Nous n'avons pas d'éléments objectifs nouveaux, ni d'explications étayées, permettant de s'écarter de l'appréciation détaillée et probante du MA-SUVA (réd. : médecin d'arrondissement de la CNA) qui a examiné l'assuré. »

Le 19 août 2021, l'OAI a adressé à la Caisse cantonale vaudoise de compensation la motivation de sa décision du même jour confirmant le projet de décision du 19 novembre 2020.

Par courrier du 19 août 2021 au conseil de l'assuré, l'OAI a exposé les motifs pour lesquels il maintenait son projet de décision du 19 novembre 2020 en ces termes (sic) :

« Par projet d'acceptation de rente du 19.11.2020 nous avons reconnu à votre mandant le droit à une rente entière d'invalidité dès le 01.09.2019 en raison d'un taux d'invalidité de 100%. Nous avons estimé que cette rente devait être limitée au 30.09.2020, en raison de la récupération de la capacité de travail de votre mandant dans une activité adaptée à son atteinte à la santé dès le 29.06.2020 (préjudice économique résiduel de 10% n'ouvrant pas droit à la rente).

Dans votre courrier du 29.01.2021, vous contestez notre position et alléguiez que l'établissement de faits médicaux pertinents demeure en l'état incomplet et ne permet pas de statuer de manière claire sur le droit aux prestations. Vous nous proposez de compléter l'instruction médicale afin de préciser les limitations fonctionnelles et de déterminer la capacité de travail exigible de votre mandant, en vue de l'octroi d'une rente entière non limitée.

A cet effet, vous nous avez transmis différentes pièces administratives et médicales.

Nous avons repris notre instruction médicale en demandant une mise à jour du dossier de la SUVA, ainsi qu'un complément d'information au Centre d'Antalgie du R. \_\_\_\_\_.

Après analyses complémentaires, le Service Médical Régional AI (SMR) confirme les conclusions de notre projet du 19.11.2020.

En effet, la SUVA confirme qu'une activité dans différents secteurs de l'industrie s'exerçant à l'intérieur, et essentiellement avec la main droite dominante, est exigible et ce à 100%.

De plus, l'ensemble des documents reçus n'amènent aucun élément clinique qui serait de nature à remettre en question nos conclusions, ou qui mettrait en évidence une aggravation. En effet, le SMR relève que les éléments avancés par le Centre d'Antalgie ne contiennent pas d'éléments objectifs nouveaux, ni d'explications étayées, permettant de s'écarter de l'appréciation détaillée et probante du médecin d'arrondissement de la SUVA qui a examiné l'assuré.

De plus, le SMR relève que les arguments avancés par le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin traitant, reposent en partie sur des problématiques psycho-sociales pour lesquelles l'assurance invalidité n'est pas compétente (facteurs extérieurs du type connaissances linguistiques limitées et niveau de formation).

Il s'agit donc d'une appréciation de la capacité de travail différente d'une situation restée identique, et non motivée par des éléments cliniques objectifs.

Concernant l'aide au placement, il s'avère que celle-ci a effectivement été interrompue en précisant qu'elle pourrait être réactivée sur demande. En effet, notre assuré ne se sentait pas capable de prendre une part active à la mesure. Cette mesure professionnelle est octroyée aux assurés qui sont considérés par notre assurance comme réadaptables. L'arrêt de cette procédure sur demande de l'assuré ne signifie en aucun cas que nous reconnaissons une diminution de sa capacité de travail.

Au vu de ce qui précède, votre contestation ne nous apporte pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de notre position. Notre projet repose sur une instruction complète sur le plan médical et économique et est conforme en tous points aux dispositions légales. Il doit donc être entièrement confirmé.

Vous recevrez prochainement une décision identique audit projet contre laquelle il vous sera loisible de recourir dans les trente jours auprès de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Le contenu du présent courrier fait partie intégrante de notre décision. »

Le 25 août 2021, l'assuré a fait parvenir à l'OAI le rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ établi le même jour, dans lequel ce médecin relevait notamment ce qui suit :

« **Diagnostic principal**

- Impotence fonctionnelle majeure du membre supérieur gauche avec :
  - status après amputation de l'extrémité distale de l'index, section du tendon fléchisseur profond et de l'artère et du nef collatéraux ulnaires du majeur, plaie simple de l'annulaire le 28.8.2018

- status après suture du tendon fléchisseur profond, du nerf et de l'artère collatéraux ulnaires du majeur le 28.8.2018
- douleurs neuropathiques du membre supérieur gauche avec syndrome douloureux régional complexe sévère
- déformation en col de cygne du majeur et de l'annulaire

### **Rappel anamnestique**

Suite à mon courrier du 2.9.2020, la situation reste inchangée. Le patient décrit la persistance de douleurs ainsi que d'une limitation fonctionnelle majeure du membre supérieur gauche. Les douleurs s'étendent à la région céphalique ainsi qu'au membre supérieur droit. Un suivi est en cours dans le centre d'antalgie du R. \_\_\_\_\_, les différents traitements proposés n'ont pas apporté le bénéfice escompté. Un suivi psychiatrique a été conduit durant un certain temps. Il semblerait qu'il ne soit plus en cours.

### **Discussion :**

On se trouve à présent à trois ans d'une lésion traumatique pluridigitale s'étant compliquée par un syndrome douloureux régional complexe particulièrement sévère laissant pour séquelles des douleurs chroniques, un manque de mobilité et de force de la main gauche avec une négligence presque complète du membre supérieur gauche.

Il me semble que nous arrivons en tout de course pour ce qui est des différents traitements possibles. Je doute que la situation se modifie au cours du temps. Je vous remercie de bien vouloir éventuellement convoquer ce patient pour pouvoir statuer sur le handicap et les possibilités de reconversion professionnelle. Il est certain que le poste précédent de paysagiste n'est plus adapté. »

Par courrier du 26 août 2021, l'OAI a informé l'assuré que le rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 25 août 2021 n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position et le renvoyait à son courrier du 19 août précédent lequel répondait à son audition au projet de décision du 19 novembre 2020.

**G.** Par décision sur opposition du 20 septembre 2021 (cf. dossier de l'OAI, doc. n° 83), la CNA a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité. Elle a notamment retenu ce qui suit :

**H.** La décision formelle de l'OAI maintenant l'octroi d'une rente entière d'invalidité limitée dans le temps à l'assuré a été envoyée par pli du 2 mars 2022.

**I.** Par acte de son conseil du 25 mars 2022, W. \_\_\_\_\_ a formé recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal

vaudois contre la décision de l'OAI du 2 mars précédent en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2019, avec intérêts à 5 % l'an dès le 1<sup>er</sup> octobre 2020. A titre subsidiaire, il conclut à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction, en se réservant le droit de « motiver autant que de besoin le droit à la rente dès que l'instruction sera complète ». Le recourant fait grief à l'intimé d'une violation de la maxime inquisitoire (art. 43 al. 1 LPG), lui reprochant de se baser uniquement sur le rapport médical final établi par le médecin d'arrondissement de la CNA, alors même que les conclusions de la Dre A. \_\_\_\_\_ sont en contradiction avec celles de ses propres médecins. Selon lui, l'OAI n'explique nullement pour quels motifs il écarte les avis médicaux de ses médecins traitants. Par ailleurs, il met en avant le fait que le dossier de la cause ne contient pas de rapport médical du Centre d'antalgie du R. \_\_\_\_\_ répondant au questionnaire de l'OAI du 15 mars 2021 en relevant que le rapport médical dudit centre du 6 mai 2021 est un rapport établi à son conseil dans la cause le divisant d'avec la CNA. Cela étant, il estime qu'une expertise médicale aurait dû être ordonnée. Sur le fond, le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir pris en compte le syndrome douloureux régional complexe, respectivement la douleur de manière générale. Il soutient qu'aucun élément ne permet d'exclure la possibilité qu'un tel syndrome s'est développé à la suite de l'accident du 28 août 2018 et fait valoir qu'il ressort des rapports médicaux de ses médecins traitants que, non seulement il présente un syndrome douloureux régional complexe sévère mais que les limitations fonctionnelles que celui-ci entraîne sont si présentes et en continu qu'elles rendent impossible un travail même simple et répétitif dans le domaine industriel léger. Cela étant, il prétend que l'OAI ne pouvait pas retenir un taux d'invalidité de 10 % alors que le Dr Q. \_\_\_\_\_ estime l'atteinte qu'il présente à au moins 20 %, taux qui ne tient même pas compte des douleurs mais uniquement du fait qu'il ne peut plus utiliser sa main gauche et alors que son médecin traitant tout comme son ergothérapeute chiffrent son incapacité de travail à 80 %. Le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire.

Dans sa réponse du 9 mai 2022, l'OAI conclut au rejet du recours et nie la nécessité de la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire, notamment en ces termes (sic) :

« Sur le plan médical, il ressort du rapport d'examen final de la Dre A.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la Suva, du 29 juin 2020 que la capacité de travail de l'assuré est de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ladite médecin a notamment retenu le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe de la main gauche en phase plutôt froide. Objectivement, la Dre A.\_\_\_\_\_ a constaté une absence d'amyotrophie du membre supérieur gauche et aucun signe objectif d'un CRPS encore actif. L'état de santé était stabilisé.

Nous estimons que le rapport d'examen final précité remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un rapport médical. En effet, ses conclusions sont claires, bien motivées et convaincantes. Nous vous renvoyons aussi à la décision sur opposition de la Suva du 20 septembre 2021.

Par ailleurs, le Service médical régional de l'AI (SMR) a établi plusieurs avis médicaux, se fondant sur les pièces au dossier. Il ressort notamment de l'analyse effectuée le 17 juin 2021 qu'il n'y a pas d'éléments objectifs nouveaux permettant de s'écarter de l'appréciation détaillée du médecin d'arrondissement de la Suva. »

Pour le surplus, l'intimé s'est référé à l'avis médical du Dr M.\_\_\_\_\_ du SMR du 21 avril 2022 annexé, qui relève notamment ce qui suit (sic) :

Faits-nouveaux : Un RM du 25.08.21 retient comme seul diagnostic une impotence fonctionnelle majeure du MSG (réd. : membre supérieur gauche), confirmant que les plaintes supplémentaires de l'assuré ne sont pas objectivées. Une reconversion professionnelle est à envisager.

Par décision du 20.09.21, la SUVA rejette l'opposition de l'assuré. Mme Barman lonta, avocate, explique qu'il existe de nettes discordances au niveau du status, qui ne sont pas expliquées par les médecins qui suivent l'assuré. Dans ces conditions, elle considère que les appréciations effectuées par les différents médecins qui suivent cet assuré se basent essentiellement sur les plaintes subjectives de ce dernier et non sur les constatations cliniques objectives.

Mme X.\_\_\_\_\_, à laquelle le conseil de l'assuré attribue abusivement le titre de Dre, fait état d'une évolution favorable et de difficultés objectivées uniquement avec la main G. Le reste des plaintes sont subjectives et cette intervenante n'a pas les compétences pour les évaluer. Par ailleurs, cette intervenante n'a pas la compétence d'évaluer une CT (réd. : capacité de travail) sur le plan médical et ne fait donc que reprendre les taux évoqués par la partie recourante.

Une **IT** à 100% est confirmée dans l'AH.

Un RM du 05.01.21 n'apporte pas d'éléments significativement nouveaux. Il est rappelé que la problématique sociale est importante (père de famille de 3 enfants avec son épouse sans revenus) nécessitant de considérer son atteinte afin de bénéficier d'une rente AI. Malgré leurs compétences, il reste difficile pour ces spécialistes de se prononcer sur un pourcentage de CT global, pouvant tout au plus dire que la main gauche est à considérer comme inutilisable et que l'on doit supposer que la symptomatologie douloureuse s'aggrave sans aucune réponse aux traitements.

Un RM du MT, du 26.01.21, rappelle des éléments déjà connus et discutés et confirme encore une fois que son appréciation de la CT prend en compte des éléments psychosociaux.

Un RM non daté, en lien avec une consultation de janvier 2020 antérieure à l'appréciation par le MA-SUVA (réd. : médecin d'arrondissement de la SUVA), repose sommairement sur des éléments d'appréciation parmi les plus subjectifs d'un examen clinique, s'apparentant davantage à une auto-évaluation, hormis une limitation du MSG, et ne répond en rien aux précisions qui ont été demandées en mars 2021.

Discussion : Hormis une réitération de propos concernant la subjectivité de l'étendue de l'atteinte, on ne met pas en évidence d'éléments objectifs nouveaux ou d'explications médicales convaincantes et étayées qui permettraient d'accorder un caractère objectif aux plaintes additionnelles de l'assuré, ni de s'écarter de l'appréciation du MA-SUVA confirmée par une avocate de la SUVA. »

Par réplique du 31 mai 2022, le recourant a confirmé ses conclusions, indiquant qu'il n'a pas d'autres explications à fournir. Il a requis l'audition des Drs Q.\_\_\_\_\_, H.\_\_\_\_\_, G.\_\_\_\_\_ et de l'ergothérapeute X.\_\_\_\_\_ afin que ceux-ci puissent expliquer plus précisément les raisons pour lesquelles leur appréciation diverge de celle du médecin d'arrondissement de la CNA et du SMR. En annexe, il a produit un certificat médical du Dr Q.\_\_\_\_\_ prolongeant l'incapacité de travail à 100 % jusqu'au 31 août 2022.

Dans sa duplique du 13 juin 2022, l'intimé a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours. Il a produit le courrier du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 18 mai 2022 et l'avis SMR du 25 mai 2022. Le rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 18 mai 2022 indique que les limitations qu'il avait précédemment décrites restent d'actualité et sont définitives et qu'en plus du problème somatique et du déconditionnement, une très probable

problématique psychologique est présente pour laquelle une prise en charge lui semble indispensable. Il relève qu'un suivi avait été initié par le patient mais interrompu en raison d'un arrêt de travail prolongé du thérapeute. Dans son rapport du 25 mai 2022, le Dr M. \_\_\_\_\_ du SMR indique qu'un rapport du médical du 18 mai 2022 mentionne une situation inchangée avec une prise en charge en antalgie interrompue en raison d'un manque de résultats et qu'une très probable problématique psychologique est présente. Le Dr M. \_\_\_\_\_ en conclut qu'il n'y a pas d'élément significativement nouveau et que l'évocation d'une probable problématique psychologique n'est pas suffisante pour rendre plausible une comorbidité psychiatrique, qui serait tout au plus d'apparition récente, de sorte que ses précédentes conclusions restent valables.

Par courrier du 5 octobre 2022, la juge instructrice a requis de l'intimé qu'il produise, dans un délai au 24 octobre 2022, le rapport circonstancié du 6 septembre 2021 de la Dre A. \_\_\_\_\_ auquel se réfère la CNA dans la décision sur opposition qu'elle a rendue le 20 septembre 2021, laquelle figure sous le numéro 83 du bordereau de pièces de l'OAI.

Par écriture du 6 octobre 2022, le recourant a produit deux certificats médicaux attestant la poursuite de son incapacité de travail totale, toujours en raison de son accident, ainsi que d'une incapacité de 50 % d'un point de vue strictement psychiatrique.

Produit en annexe à l'écriture du 6 octobre 2022, figure un certificat médical établi le 28 septembre 2022 par les Drs C. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, contresigné par le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès de la Clinique Z. \_\_\_\_\_, qui attestent que le recourant présente actuellement une incapacité de travail à 50 % d'un point de vue strictement psychiatrique. Ils précisent ne pas être en mesure de se prononcer quant à l'impact des limitations somatiques que leur patient présente sur sa capacité globale de travail.

Le 13 octobre 2022, l'OAI a répondu à la réquisition de pièce de la juge instructrice du 5 octobre 2022 en ces termes (sic) :

« [...] et vous informons que nous n'avons pas au dossier de l'assuré le rapport circonstancié de la Dre A. \_\_\_\_\_ du 6 septembre 2021 auquel la CNA se réfère dans la décision sur opposition du 20 septembre 2021. A noter que le recourant a relevé, dans son acte de recours, avoir également interjeté un recours contre la décision de la CNA devant la Cour de céans (AA 139/21/NBB). »

Dit courrier a été transmis au conseil du recourant par pli du 18 octobre 2022.

Par écriture du 21 décembre 2022, l'intimé a produit « à toutes fins utiles » le courrier du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> décembre 2022 et l'avis médical du SMR du 9 décembre 2022.

Dans son rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2022, le Dr Q. \_\_\_\_\_ expose que la situation reste inchangée avec la persistance d'une impotence fonctionnelle majeure du membre supérieur gauche associée à des douleurs multiples. Le membre supérieur gauche ne serait virtuellement pas utilisé puisque la moindre sollicitation déclencherait une majoration des douleurs qui sont décrites comme présentes même au repos. Il rapporte que l'assuré évoque également des douleurs du membre supérieur droit ainsi que des deux membres inférieurs, des douleurs rachidiennes ainsi que des céphalées régulières. Les symptômes sont accentués par temps froid et venteux. Rester en position assise ne serait plus possible plus de quelques minutes en raison d'une majoration des douleurs multiples. Un suivi psychiatrique est en cours. L'antalgie actuelle consiste en du Dafalgan, de l'Irfen et du Tramadol. Au status, la force de serrage globale de la main gauche au dynamomètre de Jamar est non mesurable en raison de la limitation de l'enroulement des doigts. En conclusion, le Dr Q. \_\_\_\_\_ observe que sur le plan somatique, la situation reste très complexe en raison des plaintes douloureuses multiples et d'une impotence fonctionnelle majeure du membre supérieur gauche. Il ne constate pas d'évolution positive malgré une prise en charge maintenant terminée il y a plus d'une année dans un centre d'antalgie. A sa connaissance, il n'y a pas d'autre traitement somatique à proposer. Il estime que la capacité de travail dans la profession antérieure de

paysagiste est nulle et que même dans une activité monomanuelle droite, « il semble difficile d'imaginer une capacité de travail résiduelle étant donné les plaintes multiples des extrémités, du tronc et des céphalées ».

Dans l'avis SMR du 9 décembre 2022, le Dr M.\_\_\_\_\_ rappelle le contenu du rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> décembre 2022 ainsi que celui de l'attestation de la Clinique Z.\_\_\_\_\_ du 28 septembre 2022. Il en conclut que, sur le plan somatique, la situation est connue et que, sur le plan psychique, une seule attestation sans étayage clinique datée de fin septembre 2022 ne permet pas de rendre plausible une atteinte psychiatrique durant la période à considérer alors qu'aucun suivi psychiatrique n'était en cours encore fin mai 2022 selon la réplique du 25 mai 2022. Il maintient ses précédentes conclusions.

Une copie de l'écriture du 21 décembre 2022 et de ses annexes a été transmise au conseil du recourant par pli du 27 décembre 2022.

### **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.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité non limitée dans le temps.

**3.** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu du moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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

**b)** Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en

principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**c)** 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 dans la version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**5. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). Le juge n'est au demeurant pas lié par les faits constatés dans la décision litigieuse (Jean Métral, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2018, n. 63 ad art. 61 LPGA).

**b)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**c)** D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPG (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C\_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5).

Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**6.** Dans un arrêt du 15 juillet 2020, le Tribunal fédéral a notamment exposé ce qui suit en ce qui concerne le SDRC (TF 8C\_416/2019 consid. 5.1) :

« Anciennement nommé algodystrophie ou maladie de Sudeck, [le SDRC] a été retenu en 1994 par un groupe de travail de l'International Association for the Study of Pain (IASP). Il constitue une entité associant la douleur à un ensemble de symptômes et de signes non spécifiques qui, une fois assemblés, fondent un diagnostic précis (DR F. LUTHI/DR P.-A. BUCHARD/A. CARDENAS/C. FAVRE/DR M. FÉDOU/M. FOLI/DR J. SAVOY/DR J.-L. TURLAN/DR M. KONZELMANN, Syndrome douloureux régional complexe, in Revue médicale suisse 2019, p. 495). L'IASP a aussi réalisé un consensus

diagnostique aussi complet que possible avec la validation, en 2010, des critères dits de Budapest, à savoir:

1) Douleur qui persiste et apparaît disproportionnée avec l'événement initial

2) Au moins un symptôme dans trois (critères cliniques) ou quatre (critères recherche) des quatre catégories suivantes:

a) Sensoriel: le patient décrit une douleur qui évoque une hyperpathie et/ou une allodynie

b) Vasomoteur: le patient décrit une asymétrie de température et/ou un changement de couleur et/ou une asymétrie de couleur

c) Sudomoteur/oedème: le patient décrit un oedème et/ou une asymétrie de sudation

d) Moteur/trophique: le patient décrit une raideur et/ou une dysfonction motrice (faiblesse, trémor, dystonie) et/ou un changement trophique (pilosité, ongles, peau).

3) Au moins un signe dans deux des catégories suivantes (critères cliniques et recherche) :

a) Sensoriel: confirmation d'une hyperpathie et/ou allodynie

b) Vasomoteur: confirmation d'une asymétrie de température et/ou changement de couleur et/ou asymétrie de couleur

c) Sudomoteur/oedème: confirmation d'un oedème et/ou asymétrie de sudation

d) Moteur/trophique: confirmation d'une raideur et/ou dysfonction motrice (faiblesse, trémor, dystonie) et/ou changement trophique (pilosité, ongles, peau)

4) Il n'existe pas d'autre diagnostic qui explique de manière plus convaincante les symptômes et les signes cliniques

Les critères ci-dessus sont exclusivement cliniques et ne laissent que peu de place aux examens radiologiques (radiographie, scintigraphie, IRM). L'utilisation de l'imagerie fait l'objet d'une controverse dans le milieu médical, mais garde un rôle notamment dans la recherche de diagnostics différentiels, ou lorsque les signes cliniques sont discrets ou incomplets ainsi que dans certaines formes atypiques (DRS K. DISERENS/P. VUADENS/PR JOSEPH GHIKAIN, Syndrome douloureux régional complexe: rôle du système nerveux central et implications pour la prise en charge, in *Revue médicale suisse* 2020, p. 886; F. LUTHI/M. KONZELMANN, Le syndrome douloureux régional complexe [algodystrophie] sous toutes ses formes, in *Revue médicale suisse* 2014, p. 271). En pratique, si les critères 1 à 3 sont remplis et que le critère 4 est respecté, on doit considérer que le patient souffre d'un SDRC; toutefois la valeur prédictive positive n'est que de 76 %. Si les critères sont partiellement remplis, il faut poursuivre le diagnostic différentiel et réévaluer le patient. Si les critères ne sont pas remplis, le patient a une probabilité quasi nulle d'avoir un SDRC (DR F. LUTHI/DR P.-A. BUCHARD/A. CARDENAS/C. FAVRE/DR M. FÉDOU/M. FOLI/DR J. SAVOY/DR J.-L. TURLAN/DR M. KONZELMANN, op. cit., p. 498). Le SDRC est quatre fois plus fréquent chez la femme, le plus souvent au membre supérieur, avec une prédominance entre 50 et 70 ans. L'introduction des critères de Budapest a réduit de 50 % les diagnostics de SDRC (DRS K. DISERENS/P. VUADENS/PR JOSEPH GHIKAIN, op. cit., p. 885 s.). »

Par ailleurs, la littérature médicale expose qu'il n'y a pas d'examen gold standard pour le diagnostic de SDRC, « [...] il n'existe pas de gold standards équivalents et pas de tests absolus qui soient spécifiques du SDRC » (SDRC, Syndrome douloureux régional complexe. SUVA Care. W. Jänig, R. Schaumann, W. Vogt (éditeurs), éd. septembre 2013, p 52). Les examens complémentaires peuvent contribuer au diagnostic mais ne permettent pas d'exclure un diagnostic de SDRC. « Les examens paracliniques n'ont qu'une valeur limitée (Schürmann et al.) » (SDRC, Syndrome douloureux régional complexe op. cit., p. 63). Le diagnostic du SDRC est basé sur des critères cliniques, les critères de Budapest sont utilisés pour poser le diagnostic de SDRC (cf. Table 3 tiré de SDRC, Syndrome douloureux régional complexe, op. cit., p. 132).

L'évolution du SDRC est la plupart du temps favorable, surtout si la douleur s'estompe, si la mobilité n'est pas trop réduite et si la personne est active, mais elle s'étend sur plusieurs mois. Elle ne laisse pas de séquelles ou rarement (une gêne modérée et des douleurs occasionnelles qui persistent, une articulation un peu moins mobile, un manque de force). Par commodité, on dit généralement que le SDRC évolue en plusieurs phases : une phase dite chaude, suivie d'une phase intermédiaire et pour finir une phase dite froide. Mais des études plus récentes semblent contredire cette vision en phases qui se succèdent. On aurait plutôt deux formes différentes de SDRC. La forme chaude, la plus fréquente, mais aussi celle qui répond le mieux aux médicaments (surtout la cortisone et les bisphosphonates) : les douleurs sont souvent fortes, elles augmentent avec l'activité mais sont présentes aussi au repos, tant le jour que la nuit ; le membre atteint est gonflé et raide, souvent chaud. La forme froide, plus rare, mais qui répond moins bien aux médicaments : la région atteinte est plus froide, la peau est violacée, bleutée, il y a souvent moins de gonflement, mais les douleurs ressemblent plus à des brûlures, les sensations sont désagréables, la peau est difficile à toucher, le mouvement est aussi douloureux. Le plus souvent les formes chaudes évoluent et les symptômes s'atténuent progressivement. Parfois elles se transforment en forme froide. L'inverse ne se rencontre pas. Dans les

formes froides, l'évolution est souvent plus longue et c'est aussi dans les formes froides que l'on peut rencontrer des formes chroniques de SDRC, mais qui restent rares (cf. <https://www.planetesante.ch/Maladies/Syndrome-douloureux-regional-complexe>).

**7. a)** En l'espèce, le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir pris en compte le syndrome douloureux régional complexe, respectivement la douleur de manière générale, en se fondant sur le seul rapport médical final du médecin d'arrondissement de la CNA. Il soutient qu'aucun élément ne permet d'exclure la possibilité qu'un tel syndrome s'est développé à la suite de l'accident du 28 août 2018 et fait valoir qu'il ressort des rapports médicaux de ses médecins traitants qu'il présente un tel syndrome, sous une forme sévère (séquelles telles que des douleurs chroniques, un manque de mobilité et de force de la main gauche avec une négligence presque complète du membre supérieur gauche), avec des limitations fonctionnelles si présentes et en continu qu'elles rendent impossible un travail même simple et répétitif dans le domaine industriel léger. Il soutient que l'OAI ne pouvait pas retenir un taux d'invalidité de 10 % alors que le Dr Q.\_\_\_\_\_ estime que l'atteinte qu'il présente est d'au moins 20 %, taux qui ne tient même pas compte des douleurs mais uniquement du fait qu'il ne peut plus utiliser sa main gauche et alors que son médecin traitant tout comme son ergothérapeute chiffrent son incapacité de travail à 80 %. Il soutient que les conclusions à tirer de ces rapports sont en contradiction avec l'appréciation du médecin d'arrondissement, qui serait de ce fait sans valeur probante. Il requiert par conséquent la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Enfin, le recourant fait état d'une incapacité de travail de 50 % pour atteinte à sa santé psychique.

Pour sa part, l'intimé estime que l'examen final du médecin d'arrondissement de la CNA du 29 juin 2020, au terme duquel la Dre A.\_\_\_\_\_ a retenu une capacité totale de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, repose sur une connaissance complète du dossier médical et que ses conclusions,

objectives et motivées, sont convaincantes et ont ainsi pleine valeur probante.

**b)** D'emblée, il y a lieu de constater que l'existence du SDRC n'est, en tant que telle, pas contestée. Ce sont les effets dudit SDRC sur la capacité de travail du recourant qui sont litigieux.

**c)** En l'espèce, l'appréciation finale de la Dre A. \_\_\_\_\_ du 29 juin 2020 tient compte de l'ensemble de l'anamnèse, repose sur les examens cliniques auxquels elle a procédé le 11 septembre 2019 puis le 29 juin 2020, prend en compte les plaintes du recourant ainsi que l'ensemble des avis médicaux des médecins traitants versés jusqu'alors au dossier. C'est sur cette base qu'elle a notamment retenu comme diagnostics une amputation distale de l'index avec section subtotal (95 %) du tendon fléchisseur profond, section complète du nerf et de l'artère collatéraux ulnaire du majeur, plaie simple palmaire de l'annulaire de la main gauche ayant nécessité une suture du tendon fléchisseur profond, du nerf et de l'artère collatéraux ulnaire du majeur gauche le 28 août 2018 ainsi qu'un SDRC. Objectivement, la Dre A. \_\_\_\_\_ a constaté le jour de l'examen final une absence d'amyotrophie du membre supérieur gauche et aucun signe objectif d'un SDRC encore actif. Dans son appréciation, elle indiquait encore l'existence d'un col de cygne marqué au niveau du 3<sup>ème</sup> doigt et nettement moins prononcé au niveau des 2<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> doigts. La force était certes diminuée au test de Jamar, mais eu égard à l'existence de nombreuses discordances entre les dires de l'assuré et ses propres constatations cliniques, de tremblements induits, d'importantes autolimitations au cours de l'examen ainsi que de différences majeures entre les mesures réalisées par le Dr Q. \_\_\_\_\_ lors de son examen du 7 mai 2020 et celles faites lors de l'examen du 29 juin 2020, le médecin d'arrondissement estimait que l'état de santé du recourant était stabilisé sur le plan médical et qu'il n'y avait pas de traitement chirurgical ou médical susceptible d'améliorer la situation de façon significative. C'est pour ces motifs que la Dre A. \_\_\_\_\_ concluait, en date du 29 juin 2020, que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité ne

s'exerçant pas au froid mais en intérieur, essentiellement avec la main droite chez un assuré droitier, la main gauche pouvant uniquement servir d'aide mais ne pouvant pas effectuer d'activités manuelles. En outre, dans son rapport du 2 septembre 2020, le Dr Q.\_\_\_\_\_ retenait au status uniquement la présence d'une atrophie distale de l'index de la main gauche. La coloration était physiologique, il n'y avait pas d'hypersudation. Aussi, il n'existait aucun signe de syndrome douloureux régional complexe actif, le Dr Q.\_\_\_\_\_ exposant clairement que le syndrome douloureux régional complexe était à présent en phase froide. Il n'en va pas autrement des Drs N.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, lesquels indiquaient également, dans leur rapport du 17 décembre 2019, que le SDRC était au stade froid. Certes, dans son rapport du 25 août 2021 - postérieur à la motivation de la décision de l'OAI qui date du 19 août 2021 mais à propos duquel l'intimé s'est déterminé par courrier du 26 août 2021 en exposant que dit rapport n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa décision -, le Dr Q.\_\_\_\_\_ semble revenir sur ses appréciations précédentes, en retenant un SDRC sévère. Pour ce faire, il se fonde toutefois sur les douleurs chroniques, le manque de force et de mobilité dont se plaint son patient. Or, comme l'indique la littérature médicale sur le sujet (cf. consid. 6 ci-dessus), un SDRC ne saurait redevenir actif lorsqu'il est devenu froid. Par ailleurs, comme on va le voir ci-dessous, les seules plaintes de l'assuré ne sauraient être prises en compte lorsqu'elles se heurtent aux constatations objectives faites lors d'un examen clinique, tel que celui qu'a pratiqué la Dre A.\_\_\_\_\_ le 29 juin 2020. Ainsi, contrairement à ce que soutient le recourant, non seulement les effets du SDRC ont été discutés par le médecin d'arrondissement, mais les avis du Dr Q.\_\_\_\_\_ des 1<sup>er</sup> décembre 2020 et du 25 août 2021 ont bel et bien été pris en compte par l'intimé, respectivement par les médecins du SMR. Cela étant, force est de constater que les médecins traitants du recourant (cf. rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 2 septembre 2020 et celui des Drs N.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ du 17 décembre 2019) ont eux-mêmes considéré que le SDRC n'était plus actif depuis septembre 2020 au plus tard.

Nonobstant ce qui précède, le recourant persiste à nier toute valeur probante à l'appréciation de sa capacité de travail par la Dre A.\_\_\_\_\_, en invoquant la persistance de sa symptomatologie douloureuse, laquelle s'étendrait désormais à tout son corps, et en s'appuyant sur les récentes évaluations médicales des Drs N.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, qui le suivent au Centre de la douleur du R.\_\_\_\_\_, ainsi que celles de son ergothérapeute et de son médecin traitant, le Dr H.\_\_\_\_\_. Dans ce contexte, il soutient que sa capacité de travail serait au maximum de 20 % dans une activité adaptée. Or, force est de constater que, pour évaluer la capacité de travail du recourant, tant les Drs N.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ que l'ergothérapeute X.\_\_\_\_\_ se basent sur les nombreuses plaintes et les dires de leur patient, qui mentionne ne pouvoir travailler qu'à 20 % au vu de sa symptomatologie douloureuse. Ils ne donnent aucun substrat médical objectif à leur évaluation et ne se prononcent notamment pas sur les discordances entre les plaintes de l'intéressé et les constats cliniques résultant des examens cliniques de la Dre A.\_\_\_\_\_, à savoir que malgré le fait que l'assuré mentionne ne pas utiliser son bras gauche, il ne présente aucune amyotrophie de son membre supérieur gauche et qu'il n'y a aucune explication pour l'extension des douleurs aux jambes et à la tête. En outre, ils ne font aucunement mention des antécédents de l'assuré avec des douleurs multiples pluri-investiguées depuis 2017 selon les dires mêmes de son médecin traitant, le Dr H.\_\_\_\_\_. En effet, ce dernier, dans son appréciation du 26 janvier 2021, s'il fixait la capacité résiduelle de travail du recourant à 20 %, expliquait que le recourant se plaignait de nombreuses douleurs depuis 2017, lesquelles, malgré les investigations médicales menées ne trouvaient aucun substrat objectif. Il précisait encore que ces atteintes, préexistant à l'événement du 28 août 2018, évoluaient dans un contexte psychosocial défavorable. Or, de tels éléments ne ressortent pas à l'assurance-invalidité. L'existence d'un état anxieux préexistant à l'accident ainsi que celle d'un passé douloureux chronique a d'ailleurs été relevée respectivement par le Dr Q.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 27 mai 2019 et par le Dr R.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 17 juillet 2019. En outre, les médecins de la CRR rapportaient déjà dans leur rapport du 1<sup>er</sup> février 2019 l'existence de facteurs contextuels influençant négativement les aptitudes

fonctionnelles émises par l'assuré, soit une kinésiophobie, un assuré centré sur ses douleurs et les signes vaso-moteurs, ainsi qu'une cotation élevée de la douleur. L'établissement du diagnostic de SDRC ne pouvant reposer de façon fiable que sur un examen clinique (cf. consid. 6 ci-dessus), c'est donc à juste titre que la Dre A.\_\_\_\_\_ s'est écartée de l'avis des médecins traitants et de celui de l'ergothérapeute du recourant.

Au vu de ce qui précède, il convient de constater que l'appréciation du médecin d'arrondissement de l'intimée est particulièrement fouillée et que ses conclusions, détaillées et convaincantes, ont pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, en ce qui concerne les conséquences des atteintes à la santé subies par le recourant à la suite de l'événement du 28 juin 2018, en particulier les répercussions du SDRC, sur la capacité de travail du recourant.

Par surabondance, il convient de relever que dans son appréciation circonstanciée du 6 septembre 2021 dans le cadre de l'opposition formée par le recourant à la décision de la CNA du 29 mars 2021, la Dre A.\_\_\_\_\_ a expliqué que, sur la base des status retenus par le Dr Q.\_\_\_\_\_, elle pouvait dire qu'il n'y avait pas de SDRC actuellement actif, mais que l'on se trouvait bien dans une phase froide, avec la persistance d'une raideur essentiellement au niveau du majeur.

Enfin, il y a lieu de relever que les rapports du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 18 mai 2022 ainsi que des Drs N.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ du 6 mai 2021, produits par l'assuré dans la présente procédure, reprennent les éléments et les arguments déjà développés dans leurs précédents avis médicaux et se fondent sur les plaintes du recourant, sans mettre en avant des éléments médicaux objectivables que l'intimé aurait négligé de prendre en compte dans son évaluation de la situation médicale du recourant. Plusieurs avis SMR au dossier, notamment en procédure de recours, rappellent ce point.

**d)** Quant à l'incapacité de travail à hauteur de 50 % en raison d'une atteinte à la santé psychique, force est de constater que le

recourant n'a produit aucune pièce médicale corroborant cette allégation. En effet, dans son rapport du 5 octobre 2020 à l'OAI, le Dr B.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de réaction anxio-dépressive durable, secondaire à une affection somatique perçue comme invalidante depuis 2019, et de suspicion de somatisations en 2016 (douleurs thoraciques), toutefois sans incidence sur la capacité de travail. Par ailleurs, dans leur certificat du 28 septembre 2022, les médecins de la Clinique Z.\_\_\_\_\_ se sont contentés d'affirmer que le recourant présentait une incapacité de travail d'un point de vue strictement psychiatrique de 50 %, sans poser de diagnostics ni étayer leur appréciation, notamment en mentionnant les limitations fonctionnelles qu'ils avaient pu observer. A cela s'ajoute que l'évocation d'une atteinte à la santé psychique n'a été invoquée par le recourant que dans le cadre de la procédure de recours. Cela étant, c'est à juste titre que l'intimé a nié une incapacité de travail à prendre en compte sur le plan psychiatrique. Dans l'hypothèse toutefois où le recourant présenterait une péjoration de son état de santé psychique qui changerait la situation globale sur un plan médical postérieurement à la décision de l'OAI du 2 mars 2022, il lui appartient de déposer une nouvelle demande.

**e)** En conclusion, il y a lieu de considérer que la capacité de travail du recourant reste entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites dans le rapport de la Dre A.\_\_\_\_\_ du 29 juin 2020.

**8. a)** Sur le plan économique, le recourant n'émet aucune critique. A juste titre, comme on va le voir ci-dessous.

**b)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

**c)** En l'occurrence, l'OAI a procédé au calcul du taux d'invalidité du recourant en tenant compte, pour le revenu sans invalidité, dès lors que l'intéressé était au bénéfice d'un gain intermédiaire après de l'assurance-chômage, des données salariales statistiques découlant de l'ESS 2020, TA1\_skill\_level, niveau de compétence 1, adaptées à une semaine de travail de 41,7 heures. Pour le revenu avec invalidité, l'intimé s'est référé aux données salariales statistiques découlant de l'ESS 2020, TA1\_skill\_level, niveau de compétence 1, adaptées à une semaine de travail de 41,7 heures. L'autorité intimée a estimé que le recourant était en mesure d'exercer un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple dans le montage, le contrôle ou la

surveillance d'un processus de production, comme ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ou dans le conditionnement. L'OAI a en outre tenu compte d'un taux d'abattement sur le revenu statistique.

Contrôlés d'office, les paramètres de calculs présentés dans la décision attaquée ne prêtent pas le flanc à la critique. La comparaison des revenus aboutit *in casu* à un degré d'invalidité de 10 %. Celui-ci doit donc être confirmé.

**d)** Au vu de son degré d'invalidité, le droit à une rente d'invalidité n'est pas ouvert pour le recourant (art. 28 LAI).

**9.** **a)** Le dossier étant complet et ayant permis à la Cour de céans de statuer, il sied de rejeter les requêtes d'expertise judiciaire et d'audition de témoins, par appréciation anticipée des preuves (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 et les références citées). Les reproches du recourant à l'intimé quant à un défaut d'instruction sur le plan médical s'avèrent par conséquent mal fondés.

**10.** **a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestation 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 (art. 69 al. 1<sup>bis</sup>, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 600 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

**c)** Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

**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 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 2 mars 2022 est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, par 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Mirjam Richon-Bruder, avocate à Lausanne (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :