

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 juillet 2020

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
M. Piguet et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

O. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Pierre Wavre, avocat à Genève,

et

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

Art. 6, 7, 8 16 LPGA ; 28 LAI

E n f a i t :

A. O._____, né en 1979, originaire de l'Equateur, établi en Suisse depuis fin décembre 2003 (ci-après : l'assuré ou le recourant), a travaillé dès le 9 juillet 2012 en qualité de technicien de maintenance à 100 % pour le compte de la société R.____ (ci-après : l'employeur). Il était alors assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la SUVA) pour les accidents professionnels et non professionnels notamment. Selon le contrat de mission daté du 12 juillet 2012, l'assuré touchait un salaire horaire de base de 26 fr. 83, auquel s'ajoutaient 2 fr. 31 (8,33 % pour les vacances), 0 fr. 86 (3,20 % comme indemnités pour les jours fériés) et 2 fr. 50 (8,33 % pour le 13^{ème} salaire), soit un total de 32 fr. 50.

Le 19 juillet 2012, l'assuré a été victime d'un accident alors qu'il travaillait sur un chantier. Selon la déclaration de sinistre du 23 juillet 2012, l'employeur a indiqué qu'au moment de l'événement « le collaborateur était en train de couper un tuyau avec une meule à disque, le disque s'est bloqué dans le tuyau puis s'est dégagé d'un coup et la meule s'est retournée vers lui, il voulut la maintenir loin de lui et il s'est retourné la main et le pouce violemment. » Les premiers soins ont été administrés le jour même par le Dr M._____ de la Clinique de K._____. Dans son rapport du 12 août 2012, ce médecin a notamment constaté une mobilité active douloureuse du poignet et du pouce gauches et a posé comme diagnostic la suspicion clinique d'une fracture du scaphoïde. Il a prescrit un traitement antalgique ainsi que le port d'une attelle plâtrée scaphoïdienne durant trois semaines, une radiographie étant prévue à trois semaines également.

Licencié le 20 juillet 2012, l'assuré n'a plus jamais exercé d'activité professionnelle. La CNA a pris le cas en charge.

Dans son rapport du 24 août 2012, le Dr B._____, médecin assistant à la Permanence de P._____, a indiqué comme diagnostic une entorse « MP1 » (réd. : métacarpo-phalangienne) et « TM » (réd. : trapézo-métacarpienne) modérée à sévère. Il a constaté une tuméfaction du pouce gauche, une douleur à la palpation de tout le premier rayon et un scaphoïde indolore. Comme suite du traitement, il a indiqué une immobilisation et un contrôle radiologique et clinique, après avoir relevé que les radiographies s'étaient montrées sans particularité. Il a prescrit un arrêt de travail à 100 % pour une durée probable de trois semaines.

Selon le protocole opératoire établi le 11 décembre 2012 et corrigé le 30 avril 2013 par le Dr F._____, chef de clinique adjoint à la Clinique de P._____, l'assuré a subi une cure chirurgicale par plastie d'élargissement du 1^{er} compartiment des extenseurs du poignet droit (sic) en raison d'une ténosynovite sténosante. On peut notamment y lire ce qui suit (sic) :

« **Rappel anamnestique** : il s'agit d'un patient de 33 ans, polymécanicien, qui a subi une entorse sévère de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce gauche ainsi que de l'articulation trapézo-métacarpienne droite le 20.4.2012. Il a été initialement traité à la Clinique K._____ et nous est adressé pour une prise en charge définitive. Le bilan radiologique n'a pas mis en évidence une fracture du scaphoïde ni autre lésion osseuse. Il a été traité d'abord par une attelle radiale pendant 3 semaines et en raison de la persistance de douleurs le 27.4.2012 on a décidé de prolonger son immobilisation pour encore 2 semaines. Le bilan radiologique du mois d'août 2012 n'a pas également montré de fracture. Dès le mois de septembre le patient a commencé à signaler des douleurs importantes autour de la styloïde radiale aggravées par l'inclinaison cubitale du poignet avec un signe de Finkelstein positif. Vu la symptomatologie, il a bénéficié d'une infiltration dans le 1^{er} compartiment des extenseurs du poignet droit sans vraie amélioration. Un bilan électromyographique a exclu une atteinte nerveuse le diagnostic d'une ténosynovite sténosante du 1^{er} compartiment des extenseurs a été posée. Vu la persistance et l'importance de la symptomatologie et après avoir discuté avec le patient des différents choix thérapeutiques, l'indication à une cure chirurgicale a été posée. »

Le 31 janvier 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en indiquant comme atteinte à la santé une entorse à la main gauche existant depuis le 19 juillet 2012.

Sur le questionnaire pour l'employeur, celui-ci a indiqué, en date du 7 mai 2013, que l'assuré avait travaillé à son service du 9 au 19 juillet 2012 à 100 % en qualité de technicien de maintenance (horaire habituel de l'entreprise : 40 heures par semaine ; horaire de l'assuré depuis le 9 juillet 2012 : 37 heures hebdomadaires) et que les rapports de travail avaient pris fin le 20 juillet 2012. Le salaire horaire brut de l'intéressé était alors de 32 fr. 50, comprenant un salaire horaire de base de 26 fr. 83, auquel s'ajoutent 2 fr. 31 (soit 8,33 %) pour les vacances, 0. 86 fr. (soit 3,20 % pour les jours fériés) et 2 fr. 50 à titre de 13^{ème} salaire (soit 8,33 %).

Dans son rapport du 27 juin 2013, le Dr F. _____ a mentionné comme diagnostics une fissure styloïde radiale et un kyste arthrosynovial dorsal du poignet gauche. Il a indiqué que l'assuré se plaignait de douleurs intermittentes et invalidantes de la face dorsale du poignet gauche au niveau de l'articulation scapho-lunaire gauche. Il a noté que la mobilité du poignet était dans les normes et qu'il n'y avait pas de troubles neurovasculaires. Son pronostic était réservé. Il a relevé que l'assuré ne s'était pas présenté à la consultation du 7 juin précédent.

Par communication du 21 août 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure d'ordre professionnel n'était possible en relevant que l'intéressé ne s'était pas présenté aux différentes invitations à un entretien en vue d'évaluer sa situation personnelle et professionnelle.

Dans son rapport du 22 octobre 2013, le Dr V. _____, spécialiste en chirurgie et médecin conseil de la CNA, a notamment retenu ce qui suit :

« 4. Constatations

Il s'agit d'un patient de 34 ans, de petite taille, à la thymie nettement abaissée, en état général conservé.

Poignet G (réd. : gauche) :

On note une amyotrophie modérée de l'avant-bras G.

Le poignet G est calme, un peu sensible à la mobilisation sans plus mais il paraît complètement enraidit en extension physiologique et en pronosupination neutre.

Le pouce G est également enraidit au niveau de la TM et de la MCP alors que l'IP a conservé une bonne mobilité.

La main G, dont la force de serrage est à peine mesurable, est un peu plus froide et paraît un peu plus petite que la D mais elle a quand même une bonne trophicité et les doigts longs sont normo-fonctionnels.

A noter que le patient est collaborant, ne se déroband pas à l'examen.

5. Appréciation

Je ne reviendrai pas sur les antécédents de ce patient que j'ai résumés plus haut et qui ressortent également de ses déclarations.

Actuellement, le patient dit qu'il souffre passablement du poignet G. Les douleurs intéressent tout le versant radial de cette articulation, prenant le pouce. Elles irradient dans le MSG (réd. : membre supérieur gauche) jusqu'à la base de la nuque. Continues, également nocturnes, volontiers insomniantes, elles sont nettement aggravées par la mobilisation des deux premiers doigts et le patient n'arrive pratiquement rien à faire avec la main G, de sorte qu'il est maintenant totalement démoralisé.

Objectivement, chez un patient en pleurs, le poignet G est calme, un peu sensible à la mobilisation sans plus mais il paraît complètement enraidit en extension physiologique et en pronosupination neutre. Le pouce G est également enraidit au niveau de la TM et de la MCP alors que l'IP a conservé une bonne mobilité. La main G, dont la force de serrage est à peine mesurable, est un peu plus froide et paraît un peu plus petite que la D mais elle a quand même une bonne trophicité et les doigts longs sont normo-fonctionnels. A noter que le patient est collaborant, ne se déroband pas à l'examen.

Au terme du présent bilan, j'ai l'impression que ce patient présente une synovite chronique fibreuse de toute la partie radiale du carpe, s'étendant au pouce, dans les suites d'une chirurgie itérative du poignet dont on peine un peu à comprendre l'indication après coup.

Le patient enferme son poignet et son pouce dans une attelle dont il ne peut manifestement plus se passer.

Comme il ne fait pas mauvaise impression, il devrait être possible de l'aider à utiliser plus normalement sa main dans le cadre d'un séjour à la Clinique romande de réadaptation assorti d'un bilan multidisciplinaire.

Il est également clairement demandeur d'un soutien psychothérapeutique et d'antidépresseurs.

Il est tout à fait d'accord de se rendre dans cet établissement. »

L'assuré a séjourné à la Clinique AA. _____ (ci-après : AA . _____) du 27 novembre au 17 décembre 2013 pour des « thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitation fonctionnelle du poignet gauche ». Il ressort du rapport établi le 6 janvier 2014 par le Dr T. _____, spécialiste en rhumatologie et médecin adjoint auprès de la AA . _____, notamment ce qui suit :

« MOTIF D'HOSPITALISATION

Il s'agit d'un patient de 33 ans, polymécanicien de profession, qui a fait une entorse de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce

et de l'articulation trapézo-métacarpienne gauche le 19.07.2012. Devant l'échec d'un traitement conservateur avec l'apparition d'un signe de Finkelstein positif, on décide de réaliser une plastie d'élargissement du premier compartiment des extenseurs du poignet gauche, avec une évolution favorable concernant les douleurs radiales, mais avec une persistance d'une symptomatologie invalidante, au niveau de l'articulation scapho-lunaire. Une IRM aurait été réalisée et aurait mis en évidence un important kyste arthro-synovial dorsal, au niveau du ligament scapho-lunaire. L'exérèse de ce kyste a eu lieu le 03.09.2013. A à peu près trois mois de cette intervention le patient continue d'utiliser l'attelle du poignet, à titre antalgique. Une raideur à la mobilisation en flexion dorsale et à la déviation ulnaire et radiale du poignet gauche s'installe progressivement avec l'immobilisation qui se prolonge depuis l'accident de juillet 2012. Le patient est adressé pour une prise en charge intensive en rééducation accompagnée d'une évaluation pluridisciplinaire.

[...]

BILANS ET INVESTIGATIONS (Cf. annexes)

Bilans hématologique et chimique du 29.11.2013.

RX des mains comparatives du 02.12.2013.

Scintigraphie osseuse triphasique du 09.12.2013.

Consilium psychiatrique du 03.12.2013.

Rapport d'ergothérapie.

Rapport de physiothérapie.

APPRECIATION ET DISCUSSION

À l'entrée les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont : douleurs du poignet gauche sur le versant radial, irradiant au pouce et parfois au membre supérieur gauche jusqu'à l'omoplate. Les douleurs sont continues, à prédominance nocturne, insomniantes et le patient a de la peine à les coter entre 0 et 10, mais elles sont toutefois augmentées à la mobilisation des deux premiers doigts. Ces douleurs sont décrites comme des décharges électriques, du côté radial du poignet, partant de la cicatrice sur le bord radial. Depuis deux mois il remarque une légère hypersudation des mains, à laquelle il n'a pas prêté attention, car cela lui arrivait lorsqu'il avait ses épisodes d'hyperthyroïdie. Les douleurs de type décharges électriques sont déclenchées lorsqu'il doit porter des poids, même très légers avec la main gauche. Il mentionne une prise pondérale d'environ 5 kg et sur le plan psychologique il décrit son moral comme mauvais.

L'examen clinique est décrit ci-dessus.

Les examens radiologiques montrent :

RX des mains comparatives du 02.12.2013 : sp (réd. : sans particularité), avec notamment une minéralisation conservée et symétrique.

Scintigraphie osseuse triphasique du 09.12.2013 : pas d'argument scintigraphique parlant pour une algodystrophie de la main ou du poignet gauche.

Les **diagnostics** suivants ont été posés au cours du séjour :

Sur le plan orthopédique : nihil.

Sur le plan psychiatrique : **trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive** retenu chez un patient présentant une tendance à la régression, à l'interprétativité et à la revendication. Il a été proposé un suivi individuel par notre psychologue-clinicien pour essayer de mobiliser les ressources de ce patient et de l'intégrer durant le séjour au groupe "relaxation". Il n'y

a pas d'indication à l'introduction d'un traitement psychotrope dans l'immédiat, étant donné que M. O. _____ est suivi ambulatoirement par un psychiatre, le Dr D. _____ (Cf. rapport de psychiatrie).

Sur le plan neurologique : aucun diagnostic.

Autre : vu l'antécédent d'hyperthyroïdie traitée suite à une maladie de Basedow apparue en 2006, chez un patient qui décrit depuis quelques mois une légère augmentation de la sudation, surtout au niveau des deux membres supérieurs, avec un tremblement fin des mains, on demande un bilan thyroïdien qui est dans la norme, hormis une minime augmentation de la T4 libre, en-dessus de la norme, à 24.3 pmol/L (vn 10.0-24.0 pmol/L). Le traitement d'Euthyrox a été donc maintenu au dosage habituel.

Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour.

Des facteurs contextuels tels que: ruminations anxieuses et revendications face aux médecins dont il doute qu'ils aient effectué le maximum de soins possible; vision négative de l'avenir; trouble de l'adaptation; auto appréciation très élevée du handicap (DASH à 69/100, score HFS à 28 inférieur au niveau d'effort sédentaire) jouent un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par le patient et influencent défavorablement le retour au travail.

[...]

Il n'y a pas d'évolution significative, ni subjectivement, ni objectivement. Le patient remarque uniquement une amélioration de la mobilité des doigts, et objectivement les amplitudes articulaires pour l'épaule, les poignets et la main sont inconstantes, rendant les résultats ininterprétables.

La **participation du patient** aux thérapies a été considérée comme moyenne. Le patient arrive fréquemment en retard aux thérapies et écourte les séances. Des autolimitations toujours au rendez-vous, empêchent de mettre en place un programme thérapeutique qui se tienne.

Des incohérences ont été relevées : le patient s'est plaint de paresthésies en D1, D2 et D3, sur la face palmaire, ainsi que d'une irritation au toucher du territoire du nerf radial, y compris la cicatrice au poignet, alors qu'objectivement et sans contrôle visuel, une pression de 447 g depuis le coude jusqu'à la main, tous territoires confondus et les vibrations de 40 % à 100 Hz ne sont pas perçus sur toute cette même zone, et de fortes stimulations ainsi que le frottement d'une brosse sur la cicatrice ne sont ressentis ni comme douloureux, ni comme gênants à ce niveau. Cette anesthésie vibrotactile n'est pas concordante avec les capacités fonctionnelles développées par le patient lors des thérapies. Concernant la dextérité fine, lors de la passation du bilan PURDUE, le patient parvient à placer 2-3 pièces en 30" sur stimulation verbale, car il se dit dans l'impossibilité de saisir une seule pièce, alors qu'en-dehors d'une situation d'examen on observe le patient manipuler les pièces sans aucune difficulté apparente, avec des mouvements des doigts très fluides. La prise mono-manuelle et les déplacements d'objets sont effectués sans difficulté visible en fin de séjour, sans exclusion d'aucun des doigts alors que quand il lui est demandé de faire l'opposition du pouce selon Kapandji il arrive à peine à toucher la pulpe de D3. Une force de préhension au Jamar 2^e cran de 0 kg en physiothérapie (ne tient pas le Jamar), alors qu'en ergothérapie il y a une amélioration de la force de préhension au Jamar 3^e cran, qui

passé de 2 à 4 kg. Enfin, un PILE test à 2.5 kg (caisse vide), qui n'a pas d'explication pour ce patient qui a une force de préhension au Jamar à droite de 30 kg et qui n'a aucune pathologie au niveau du coude, ni de l'épaule ddc (réd. : des deux côtés).

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues : ports de charges lourdes répétitives avec la main gauche; mouvements répétitifs surtout avec force avec la main et le poignet gauche.

La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles : on peut admettre que le patient soit déconditionné pour la force et l'endurance du MSG en raison de la sous-utilisation liée à l'immobilisation prolongée mais il n'y a pas de pathologie qui puisse aboutir à une limitation fonctionnelle définitive.

[...]

Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de : trois mois (à 6 mois de la dernière intervention).

Aucune nouvelle intervention n'est proposée. Selon l'avis spécialisé du chirurgien de la main, il faut éviter toute chirurgie itérative chez ce patient et privilégier la rééducation active.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de technicien en maintenance est défavorable (facteurs médicaux retenus après l'accident; facteurs non médicaux).

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est favorable sur le plan fonctionnel mais les facteurs non médicaux (contextuels) pourraient avoir une influence défavorable pour le retour au travail. Dans une telle activité une CT (réd. : capacité de travail) totale est attendue. Un nouvel examen par le médecin d'agence serait utile d'ici 3 mois en l'absence d'amélioration. »

L'assuré a séjourné à la AA ._____ du 20 mai au 16 juin 2015 pour des « thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitation fonctionnelle du poignet gauche ». Dans son rapport du 29 juin 2015, le Dr T._____ considérait notamment ce qui suit :

« MOTIF D'HOSPITALISATION

Il s'agit d'un patient de 35 ans qui a subi un traumatisme du pouce, le 19.07.2012. Le traitement conservateur a été effectué dans un premier temps, puis il a eu une plastie d'élargissement du premier compartiment des extenseurs et une ablation de kystes. La dernière intervention a été réalisée le 07.05.2014, avec libération du contenu de la première coulisse des extenseurs et neurolyse des branches superficielles du nerf radial. A un an de la dernière intervention chirurgicale le patient présente toujours des douleurs. Il n'y a pas eu d'essai de reprise professionnelle. Dans ce contexte il est adressé à la AA ._____, pour évaluation multidisciplinaire et voir si on peut engager une phase d'évaluation des capacités fonctionnelles.

APPRECIATION ET DISCUSSION

A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont des douleurs sur le côté radial du carpe, et sur le pouce gauche, avec une EVA de 3-4/10 en permanence. Certaines journées les douleurs sont stables et d'autres journées, les douleurs sont très

variables, avec des pics de douleurs, notamment lors des mobilisations. Les douleurs sont partiellement diminuées par la médication. Elles sont augmentées par la moindre mobilisation. Il n'a pas remarqué d'effet à l'application de chaud ou de froid. Il décrit cette douleur comme des aiguilles qui piquent, ou un grand coup de couteau lors des exacerbations. Il déclare également des douleurs au niveau du trapèze droit.

Le sommeil est bon, amélioré depuis qu'il a un appareil de ventilation non invasive nocturne, depuis quelques mois. L'appétit est très variable, avec des jours où il mange énormément et des jours où il mange peu. Le moral est diminué. Il dit n'avoir pas de gros espoir de récupération. A son domicile il ne peut faire les activités de ménage en raison des douleurs. Il fait un peu de rangement dans la maison, et aide parfois un peu pour la cuisine. Il n'ose pas porter le bébé de trois mois en raison des douleurs de la main.

Interrogé sur une reprise professionnelle, le patient est assez indécis. Il évoque la reprise d'un master de business, ou des études de marketing.

L'examen clinique est décrit ci-dessus.

Examens radiologiques :

- **Rx d'épaule gauche du 03.06.2015** : normale.

Les diagnostics suivants ont été posés au cours du séjour :

Sur le plan orthopédique: Nihil

Sur le plan psychiatrique : Le patient a été évalué par notre psychiatre et suivi par la psychologue: pas de signe notable de psycho-pathologie, évolution favorable sur le plan psychique depuis le dernier séjour. On note une hypervigilance marquée.

Sur le plan neurologique : Nihil

Autre : Céphalées et vomissements le 13.06.15 (scanner cérébral et ponctions lombaires normaux) dans le cadre d'une probable migraine inaugurale.

Le patient a présenté des troubles digestifs de manière intermittente avec des diarrhées qu'il attribue à la prise de Brufen. Lors d'un week-end à domicile, il a présenté également des vomissements avec des céphalées importantes pour lesquelles il a consulté aux urgences de l'hôpital de N. _____ le 13.06.2015. L'examen clinique est rassurant. Un CT cérébral est fait à 6 heures du début des douleurs qui ne retrouve pas d'hémorragie sous-arachnoïdienne, pas de masse, pas de thrombose veineuse. Une ponction lombaire est également réalisée qui est normale. Le diagnostic posé est une suspicion de migraine inaugurale. Il est proposé la réalisation d'une IRM cérébrale sans urgence pour compléter le bilan. Lors du retour à la AA . _____, le patient a présenté à nouveau un vomissement dans l'après-midi du 15.06.2015. Il a signalé la persistance des céphalées de manière intermittente et était gêné principalement par les douleurs autour du point de ponction de la ponction lombaire. Les constantes sont restées dans la norme, il n'a pas fait de fièvre. Le jour de la sortie le 16.06 il n'a pas de nausée et va mieux.

Eruption cutanée sur le membre inférieur gauche avec prurit (poussée d'eczéma, ou éventuelle zona sur le territoire de L3) de résolution spontanée.

Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour.

Des facteurs contextuels jouent un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par le patient et

influencent défavorablement le retour au travail. On note un patient qui est très centré sur sa douleur et qui est très démonstratif lors des examens ou des thérapies. Il présente une kinésiophobie modérée à sévère (score Tampa à l'entrée 54, 49 à la sortie), une catastrophisation élevée avec un score PCS à 34 à la sortie, une perception élevée de son handicap avec un score DASH à 80/100 à l'entrée, 70/100 à la sortie, une perception basse de ses propres capacités fonctionnelles avec un score NFS à 32 à la sortie ce qui correspond à un niveau d'effort inférieur à sédentaire. Le patient est en incapacité de travail de longue durée, il n'a pas repris d'activité professionnelle depuis le 19.07.2012, date de l'accident. A noter qu'il n'a aucun diplôme reconnu en Suisse.

Pendant le séjour, le patient a suivi les prises en charge ci-dessous (Cf. rapports annexés) :

- Physiothérapie
- ergothérapie
- ateliers professionnels

La mini-ECF prévu le 15.06.2015, n'a pas été réalisée en raison des céphalées et les douleurs du dos survenues la veille.

Le traitement antalgique a été modifié avec arrêt de la prise d'Ibuprofène qui n'a aucune action sur les douleurs et qui peut participer aux troubles digestifs. Un traitement par Novalgine 500 mg a été proposé en fin de séjour en cas de douleurs qui sera à réévaluer.

L'évolution subjective et objective est défavorable (Cf. rapports et tests fonctionnels). Le patient présente plus de douleurs principalement au niveau de l'épaule gauche en fin de séjour (douleur musculaire principalement au niveau du trapèze, rx normale), présente également des céphalées et des douleurs du dos au niveau du point de ponction de la PL.

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme faible, le patient n'a pas été présent à toutes les thérapies et lorsqu'il est présent il est très démonstratif ce qui limite le programme de rééducation. Il n'y a aucune indication à poursuivre les thérapies en ambulatoire.

Des incohérences ont été relevées : il y a une discordance entre les plaintes douloureuses fonctionnelles alléguées et l'absence de lésion objectivée lors des différents examens. Il a été noté également à plusieurs reprises des discordances entre ce que le patient est capable de faire en dehors des thérapies et ce qu'il accepte de faire lors des thérapies ou d'un examen clinique (utilise bien la main gauche pour manipuler son téléphone portable, est capable de nager le crawl en piscine). Les performances moins bonnes à la sortie aux différents tests fonctionnels ne sont pas explicables non plus (MSEC à 0 W (250 W à l'entrée), pile test à 0 kg, test des 6' qui a perdu 400 m).

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues ; port de charges lourdes répétitif, travail nécessitant de la force répétitive du membre supérieur gauche, mouvements répétitifs avec le poignet surtout en pro supination.

La situation est stabilisée du point de vue médical.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable en raison des facteurs médicaux et non médicaux notés ci-dessus. De toute façon le patient a été licencié.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est défavorable essentiellement en raison des facteurs contextuels.

Le patient a été suivi aux ateliers professionnels, il a été constaté qu'il exécute les tâches demandées avec peu d'entrain et un degré d'investissement peu soutenu. Son comportement au travail est marqué par des plaintes douloureuses dès qu'il doit intégrer son membre supérieur gauche et une attitude passive. Sa participation est qualifiée de moyenne. Sur le plan professionnel il est demandeur d'aide mais reste dans l'attente de solutions externes.

En date du 12.06.2015, sa situation a été présentée au coordinateur AI afin de faire le point. Le patient a reçu des informations concernant sa situation asséurologique et les explications concernant l'opportunité et les démarches à entreprendre pour effectuer une mesure d'évaluation des capacités professionnelles (ECP). Pour cette mesure Monsieur O._____ a demandé un délai de réflexion qui lui a été accordé. S'il souhaite entreprendre cette ECP il a jusqu'au 26.06.2015 pour nous transmettre son choix et nous envoyer la totalité des documents certificats et attestations des études suivies ceci afin de clarifier son parcours. Si ces conditions sont réunies la mesure pourrait débuter le lundi 27 juillet pour une durée de 4 semaines. Au 1^{er} juillet le patient n'a toujours pas donné suite. Dans une activité adaptée la CT est totale mais on doit s'attendre à des difficultés pour une reprise en raison des facteurs cités plus haut.

Le 20 septembre 2016, l'assuré a subi une dénervation du nerf inter-osseux dorsal du poignet gauche. Le protocole opératoire établi par le Dr C._____, médecin chef du Service d'orthopédie de l'Hôpital de Zone de N._____, indique comme diagnostics un syndrome douloureux chronique post distorsion puis résection de kyste dorsal du poignet, un status post cure de tendinite de De Quervain et une neurolyse de la branche sensitive du nerf radial.

Dans un avis du 1^{er} novembre 2016, le Dr U._____, spécialiste en médecine interne et médecin auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) relevait notamment, après avoir résumé la situation médicale de l'assuré, que ce dernier avait été convoqué par le médecin d'arrondissement de la CNA pour un examen final le 3 octobre 2016 et qu'il convenait d'attendre ses conclusions.

Dans son rapport du 23 novembre 2016, le Dr C._____ indiquait notamment ce qui suit :

« Je revois en contrôle Monsieur O. _____ à deux mois de l'intervention de dénervation du nerf interosseux dorsal au poignet gauche. Le résultat est relativement modeste, le patient dit quand même avoir un peu moins de douleurs au repos, notamment à la face dorsale du poignet (env. 20% de mieux...). Il garde cependant des douleurs le long du 3^{ème} métacarpien et le long du bord radial du poignet sur sa cicatrice. Le patient se dit réveillé régulièrement par son poignet et porte encore une attelle le soir.

A l'examen, le poignet et la petite cicatrice de dénervation sont calmes. Le poignet reste diffusément sensible. La force de serrage reste misérable à environ 5 kg. La mobilité est inchangée.

Je n'ai pas d'autre proposition thérapeutique hormis de réessayer de réintégrer au plus son poignet dans les activités quotidiennes. J'ai quand même proposé de faire un test de traitement au Lyrica, en particulier le soir.

Je propose un dernier contrôle à ma consultation au mois de janvier 2017. »

Le 1^{er} décembre 2016, le Dr C. _____ indiquait au titre de diagnostics un syndrome douloureux chronique du poignet gauche, un status post multiples interventions et un status post dénervation du nerf interosseux dorsal en date du 20 septembre 2016. Il proposait comme traitement la prise de Lyrica le soir et une ergothérapie douce. Selon lui, une amélioration était possible pour autant que le patient accepte sa situation. Il relevait comme circonstances particulières ayant influencé l'évolution du traitement un éventuel trouble adaptatif et mentionnait une reprise du travail possible selon évolution le 1^{er} janvier 2017.

L'assuré a finalement été examiné par le Dr V. _____ de la CNA le 3 avril 2017. Le rapport de cet examen final a la teneur suivante :

« **Evolution suivant les pièces communiquées**

22.10.2013 Les antécédents de ce patient sont résumés dans mon rapport d'examen à cette date.

Lors de cet examen, le patient m'a expliqué qu'il était occupé à scier des tuyaux en caoutchouc avec une meule à disque lorsque l'accident s'était produit. Il tenait fermement cette machine de la main G, la guidant avec la main D. La meule avait sauté et son pouce G avait été tiré violemment en arrière, entraînant son poignet. On avait d'abord évoqué une fracture du scaphoïde et le patient avait été immobilisé assez longtemps. Lorsqu'il avait été libéré, le pouce avait tendance à filer en adduction dans la main. Les deux interventions qui avaient été pratiquées par la suite n'avaient pas vraiment amélioré la situation.

[...]

J'avais l'impression que ce patient présentait une ténosynovite chronique fibreuse de toute la partie radiale du carpe, s'étendant au pouce, dans les suites d'une chirurgie itérative du poignet dont on peinait un peu à comprendre l'indication après coup. Le patient enfermait son poignet et son pouce dans une attelle dont il ne pouvait manifestement plus se passer. Il était également clairement demandeur d'un soutien psychothérapeutique et d'antidépresseurs.

27.11.2013 Le patient a été admis à la AA ._____ où il a séjourné jusqu'au 17.12.2013.

Le bilan a été complété par des RX comparatives des mains et par une scintigraphie osseuse triphasique qui n'ont pas montré de signes d'algodystrophie. Un conseilium psychiatrique a retenu un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, chez un patient présentant une tendance à la régression, à l'interprétativité et à la revendication. La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne. Des incohérences ont été relevées. Au total, le handicap affiché a paru largement dépasser les constatations objectives de l'examen radio-clinique. Le patient a été présenté au Dr G._____ qui a clairement dit qu'il fallait éviter toute chirurgie itérative et privilégier la rééducation active. Durant le séjour, quelques progrès ont quand même été enregistrés. On a finalement conclu qu'il n'y avait pas de pathologie qui puisse aboutir à une limitation fonctionnelle définitive dans une activité adaptée où une pleine capacité de travail était attendue.

07.05.2014 Suspectant des adhérences au niveau du contenu de la 1^{ère} coulisse des extenseurs, voire un tendon cousu, et un engainement de la branche superficielle du nerf radial par la cicatrice, une nouvelle révision chirurgicale a quand même été effectuée mais elle n'a montré que des adhérences lâches qui ont été libérées en totalité. On a également fait une neurolyse de toutes les branches sensitives du nerf radial qui ne présentaient pas non plus d'adhérences importantes au niveau de la cicatrice.

12.11.2014 J'ai revu le patient à l'agence.

Il se plaignait de douleurs très pénibles de toute la partie radiale du poignet G, s'étendant maintenant au médius mais il avait renoncé à prendre du Tramadol® qui l'assommait et il n'avait pas donné suite à un traitement d'acupuncture qui lui avait été proposé par son médecin-traitant, le Dr L._____ à A._____. Il mettait également en avant un état dépressif pour lequel il suivait une psychothérapie mais il n'avait supporté aucun des médicaments antidépresseurs qu'on avait essayé de lui donner.

Objectivement, j'ai retrouvé un poignet G calme mais passablement enraidit, une colonne du pouce G un peu plus souple qu'auparavant avec une meilleure mobilité de la MCP et une très bonne mobilité de l'IP, une main qui présentait une bonne trophicité mais qui avait une force très réduite, des doigts longs normo-fonctionnels et l'absence de troubles sensitifs vraiment systématisés.

J'avais le sentiment que M. O. _____, que j'avais de la peine à saisir, n'utilisait plus sa main G et j'avais un peu de mal à comprendre la symptomatologie douloureuse dont il continuait à se plaindre, à mon avis sans réelle volonté d'aller mieux. Je me suis posé la question d'un nouveau séjour à la CRR centré sur l'évaluation professionnelle, éventuellement suivie d'une phase ECP, mais j'ai souhaité auparavant que le patient soit revu par le Dr T. _____.

10.02.2015 Celui-ci a retenu l'indication à un nouveau séjour à la AA _____, insistant auprès du patient pour qu'il collabore de son mieux.

20.05.2015 Le patient a été admis dans cet établissement où il a séjourné jusqu'au 16.06.2015.

Durant le séjour, il a notamment présenté des céphalées et des vomissements qui ont nécessité des investigations (scanner cérébral et ponction lombaire). On a finalement conclu à une possible migraine inaugurale. On a suggéré de compléter le bilan par une IRM cérébrale. On a relevé que des facteurs contextuels jouaient un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par le patient et qu'ils influençaient défavorablement le retour au travail. La participation du patient aux thérapies a été considérée comme faible et des incohérences ont été relevées.

Les limitations fonctionnelles ont été précisées. La situation a paru stabilisée du point de vue médical et aucune nouvelle intervention n'a été proposée.

01.10.2015 Le patient a été revu par le Dr S. _____ qui lui a quand même proposé une neurectomie du nerf interosseux postérieur mais cette intervention n'a finalement jamais été réalisée.

11.07.2016 Le patient nous a informés qu'il ne voulait plus être suivi au Y. _____ et que son médecin traitant l'avait adressé au Dr C. _____ à N. _____.

05.08.2016 Le patient a été examiné par le Dr I. _____, qui n'a rien proposé du point de vue chirurgical, évoquant une consultation dans un Centre d'antalgie.

10.08.2016 Le patient a été examiné par la Dresse H. _____ et un ENMG a été effectué qui s'est révélé strictement normal. Elle a quand même suspecté une possible neuropathie du nerf radial au décours et une possible neuropathie cubitale au coude G, infraclinique, pour laquelle il convenait de rester conservateur. Enfin, elle a évoqué une surcharge fonctionnelle.

17.08.2016 Le Dr C. _____ a écrit au médecin traitant du patient que la dénervation du nerf interosseux dorsal restait une option mais qu'il était peu probable que cette intervention soulage M. O. _____.

03.10.2016 Je l'ai revu à l'agence, sans l'examiner.

En effet, il n'avait pas jugé nécessaire de nous informer qu'il avait été opéré le 20.09.2016. A noter que l'intervention avait déjà été proposée au patient par le Dr S. _____ le 14.08.2015, plus d'une année auparavant. Prévues le 25.11.2015 puis déplacées au 15.12.2015 par le Dr S. _____, elle avait finalement été annulée par le patient qui avait dit au Y. _____ qu'il

partait à l'étranger jusqu'en mars 2016, se dont il se défendait maintenant, évoquant d'autres motifs. Toujours est-il que la Suva avait mis un terme au service des indemnités journalières avec effet immédiat au 16.07.2016 pour défaut de collaboration.

23.11.2016 Le Dr C._____ a écrit au médecin-traitant que le résultat de l'intervention du 20.09.2016 était relativement modeste, le patient consentant un léger mieux au repos, de l'ordre de 20%. Il n'a pas d'autre proposition thérapeutique.

Le patient est examiné à l'agence pour faire le point de la situation, éventuellement clore le cas.

Déclarations de l'assuré

[...]

Il n'y a plus de traitement. Le patient prend de l'Ibuprofène 600, du Dafalgan® et des gouttes de Tramadol®, admettant qu'il y a des jours où il ne prend rien. C'est maintenant son médecin traitant, le Dr L._____ à A._____, qui le suit. Il voit aussi régulièrement un psychiatre à N._____ mais ne prend pas d'antidépresseurs.

Il semble qu'il cherche vaguement un emploi, s'inquiétant surtout de savoir si le mois de mars sera payé par la Suva, puisqu'il a donné les pièces justificatives à sa non-présentation à l'examen prévu le 01.03.2017.

[...]

Appréciation

Les antécédents de ce patient sont résumés dans mon rapport d'examen du 22.10.2013 et l'anamnèse intermédiaire est exposée plus haut.

Le patient dit qu'il n'y a pas de grand changement. Il a toujours des douleurs sur le versant radial du poignet G, s'étendant à la base du pouce et au médius, constantes mais nettement aggravées par l'usage de la main G, qu'il s'efforce quand même d'intégrer dans les AVQ. A la demande, il montre qu'il s'en sert pour attacher ses baskets, ce qu'il fait très habilement et avec célérité.

Objectivement, le poignet G est calme, bien aligné, avec une cicatrice transversale sur son bord radial, assez large et hyperpigmentée, mais non chéloïde, un peu adhérente au plan profond. Il y a également une cicatrice en regard de la 1^{ère} coulisse et une 3^{ème} dans l'axe du poignet, ces deux dernières plus fines. La 1^{ère} cicatrice est un peu sensible à la palpation, sans plus, comme tout le versant radial du poignet G, d'ailleurs. Ces cicatrices ne sont pas dysesthésiques. Il n'y a pas de signe de Tinel. La mobilité du poignet G est limitée, améliorable passivement d'une bonne dizaine de degrés, avec l'impression d'une résistance plastique. Il y a également une limitation de la mobilité combinée de la colonne du pouce avec toujours cette impression de résistance plastique lors de la mobilisation passive. L'extension des doigts longs, en particulier du médius, est très légèrement déficitaire alors que leur enroulement est complet. La force de serrage de la main G est réduite mais mesurable.

Au total, l'impression qui prévaut est celle d'une limitation fonctionnelle un peu globale du poignet G, s'étendant au pouce et très partiellement aux doigts longs dans les suites d'un traumatisme en hyperextension du poignet et du pouce G ayant donné lieu à des interventions itératives, sans qu'on parvienne à se convaincre d'une véritable raideur articulaire ou d'un obstacle mécanique clair au libre jeu des tendons.

A cet égard, les constatations faites lors de l'intervention du 07.05.2014, qui n'a retrouvé que des adhérences lâches, me semblent particulièrement significatives.

En d'autres termes, l'ampleur du handicap, au demeurant variable, n'est que partiellement explicable par les constatations médicales objectives.

A noter une évolution finalement assez favorable et une main G tout à fait fonctionnelle même si elle manque de force.

Le traitement est manifestement terminé.

Les limitations fonctionnelles ont été décrites lors du dernier séjour à la AA ._____.

Dans une activité privilégiant le contrôle et la surveillance au travail purement manuel, il est clair que la capacité de travail est entière.

Si on se réfère à la table 3 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/3.-2000, un taux de 10% peut être retenu, la situation correspondant à une perte fonctionnelle de 25% de la main G (25% de 40% = 10%). »

Le rapport final du Service de réadaptation de l'OAI du 23 mai 2017 relevait notamment ce qui suit (sic) :

« L'assuré a été convoqué à deux reprises par le REA, mais n'a pas donné suite aux convocations. Il ne s'est pas excusé. Le dossier a été fermé en août 2013. Le comportement de l'assuré était le même vis-à-vis de la SUVA.

L'examen médical réalisé par le médecin d'arrondissement de la SUVA, réalisé le 3.04.2017, a permis de déterminer les capacités de travail et démontrer que la situation médicale est désormais stabilisée.

Selon calcul ESS (réd. : Enquête suisse sur la structure des salaires) de ce jour, le droit aux mesures professionnelles n'est pas ouvert. De plus, nous relevons que le CI (réd. : compte individuel AVS) est globalement inférieur au RS (réd. : revenu sans invalidité) que nous avons retenu lors de notre calcul de ce jour.

Résumé des mesures professionnelles mises en place et résultats :

Pas de mesures mises en place, par absence de collaboration de l'assuré.

Conclusion :

Capacité de travail dans l'activité habituelle : 0%, selon : rapport final du médecin d'arrondissement de la SUVA, suite examen du 3.04.2017

Capacité de travail dans une activité adaptée : 100%, selon : idem

Revenu sans invalidité : Fr. 58'581.38 en 2017 selon calcul ESS de ce jour

Revenu avec invalidité : Fr. 67'656.27 en 2017 selon : idem

Préjudice économique : Fr. -9'074.89 Degré d'invalidité : 0% »

Le calcul du salaire exigible effectué le 23 mai 2017 par le Service de réadaptation relève comme exemples d'activités adaptées : surveillance d'un processus de production, opérateur sur machines automatisées ou semi-automatisées, tri, contrôle-qualité.

Par projet de décision du 24 mai 2017, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} septembre 2013 au 31 juillet 2017 en considérant que, dès le 19 juillet 2012, l'intéressé avait présenté une incapacité totale de travail. Il a toutefois estimé que, dès le 3 avril 2017, l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles, ce qui justifiait de supprimer la rente trois mois après.

Par courrier du 15 juin 2017, l'assuré s'est opposé au projet de décision de l'OAI en faisant valoir que depuis le 3 avril 2017, date du dernier rendez-vous avec le médecin-conseil de la SUVA, il n'y avait eu aucune amélioration de son état de santé. Il a indiqué ne pas comprendre ce que signifie : « *une capacité de travail de 100% est raisonnablement exigible de vous dans une activité adaptée à votre état de santé et respectant vos limitations fonctionnelles* », étant donné qu'en sa qualité de polymécanicien ses limitations fonctionnelles l'empêchent d'exercer son travail. Il s'est également plaint de ne pas avoir pu bénéficier de mesures de réadaptation adéquates à la clinique de la SUVA, étant donné que toutes les possibilités de réadaptation portaient sur des métiers manuels.

Par décision du 23 juin 2017, la CNA a nié à l'assuré tout droit à une rente d'invalidité, le degré d'invalidité étant de 6 % seulement, soit inférieur au minimum légal de 10 % ouvrant le droit à une rente. Elle a considéré que sur le plan médical l'assuré était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition de ne pas trop mettre à contribution son bras gauche. Elle a indiqué qu'une telle activité, exigible à 100 % lui permettrait de réaliser un revenu de 4'970 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise, et que comparé au gain de 5'290 fr. réalisable par l'assuré avant l'accident, il en résultait une perte de 6 %. Dite décision a été confirmée par décision sur opposition du 23 mars 2018.

Par courrier du 8 janvier 2018, l'OAI a fait part à Me Jean-Pierre Wavre, avocat à Genève, notamment de ce qui suit :

« En date du 28 juillet 2017, vous nous avez informé être mandaté par l'assuré pour défendre ses intérêts. Par courrier du 4 septembre 2017, vous nous avez demandé l'octroi de l'assistance juridique gratuite.

Vous avez en outre requis une prolongation de délai à plusieurs reprises dans le but de motiver la contestation de l'assuré par des pièces médicales.

Au vu des prolongations de délai successivement accordées sur une période de plusieurs mois, nous ne pouvons accéder à votre nouvelle demande de prolongation datée du 22 décembre 2017 ; raison pour laquelle nous statuons en l'état sur la contestation de l'assuré.

Après examen de sa contestation, nous maintenons notre position.

Il ressort en effet clairement des documents médicaux à disposition que l'état de santé de l'assuré permet l'exercice d'une activité adaptée à plein temps depuis le mois d'avril 2017.

Sa main gauche est fonctionnelle malgré un manque de force. L'exercice d'activités industrielles légères est donc possible.

Le droit à des mesures professionnelles n'est pas ouvert faute de présenter un préjudice économique suffisant.

Vous recevrez donc prochainement une décision conforme à notre projet qui sera sujette à recours. »

Par décision du 25 mai 2018, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période allant du 1^{er} septembre 2013 au 31 juillet 2017. Le droit à la rente a été supprimé dès le 1^{er} août 2017, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé. L'OAI a en effet estimé que l'intéressé avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 3 avril 2017. Il a notamment considéré ce qui suit (sic) :

« Pour déterminer votre préjudice économique à cette date, il convient de comparer le revenu que vous auriez pu prétendre en bonne santé, soit **CHF 58'581.38** (selon votre dernier employeur) avec celui que vous pouvez prétendre avec atteinte à la santé.

Il appartient à tout assuré de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité, en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail, même au prix d'un effort considérable. Ce n'est pas l'activité que l'assuré consent à accomplir qui est décisive, mais celle que l'on peut raisonnablement exiger de lui dans une situation médicale donnée. Si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé en égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère

alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2014, CHF 5'312.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2012, TA1 ; niveau de compétence 1).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2014 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'537.76 (CHF 5'312.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 66'453.12.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2014 à 2015 (+ 0.40%) ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 66'718.93 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Pour l'année 2015 à 2016, l'indexation est de 0.70% ce qui donne un salaire annuel de CHF 67'185.97. Finalement, de 2016 à 2017, l'indexation est toujours de 0.70% ce qui donne un salaire annuel de CHF 67'656.27.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à **CHF 67'656.27**.

Force est de constater qu'il n'existe aucun préjudice économique à prendre en considération. »

B. Par acte du 2 juillet 2018 de son conseil Me Jean-Pierre Wavre, O._____ a recouru contre la décision de l'OAI du 25 mai 2018 en concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est allouée dès le 1^{er} septembre 2013 pour une durée indéterminée. Le recourant fait valoir que le manque de mobilité et les douleurs dont il souffre au poignet gauche l'empêchent d'exercer quelque activité professionnelle que ce soit. Il estime que le taux d'invalidité devrait à tout le moins lui permettre de bénéficier de mesures professionnelles. En outre, le recourant conteste le revenu d'invalidé retenu par l'intimé : sa capacité de travail étant nulle en toute activité, sa capacité de gain est également nulle. Il requiert un délai pour compléter son recours et produire des attestations médicales des Drs L._____, Z._____, spécialiste en chirurgie de la main, et J._____, médecin adjoint du Département d'anesthésie et du Centre d'antalgie de l'Hôpital de [...].

Par décision du 3 juillet 2018, la juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 28 juin 2018 et a désigné Me Jean-Pierre Wavre en qualité de conseil d'office.

Par réponse du 16 août 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il expose notamment que s'il existe une limitation fonctionnelle un peu globale du poignet gauche, s'étendant au pouce et très partiellement aux doigts longs, une évolution assez favorable a été constatée, la main gauche étant décrite dans le rapport d'examen final de la SUVA comme tout à fait fonctionnelle, même si elle manque de force. Ainsi, une capacité de travail entière respectant les limitations fonctionnelles décrites dans le rapport du 29 juin 2015 de la AA ._____, à savoir pas de port de charges lourdes, de travail nécessitant de la force répétitive du membre supérieur gauche et des mouvements répétitifs avec le poignet surtout en prosupination doit être admise. L'intimé relève que les rapports des 26 janvier et 12 février 2018 du Dr Z._____, que le recourant invoque à l'appui de son recours, ne révèlent pas une situation qui lui serait inconnue et ne sont pas en contradiction avec les résultats de l'instruction médicale. Ils indiquent en substance que le recourant n'a pas de lésion séquellaire d'arthrose et que le problème principal est lié aux douleurs et au manque de mobilité. En particulier ils ne préconisent pas une nouvelle intervention visant à redonner de la mobilité. Pour ce qui est de l'attente d'une appréciation médicale ultérieure, l'intimé rappelle que le conseil du recourant a sollicité plusieurs prolongations de délai pour produire devant lui un nouveau rapport médical et que faute pour lui de l'avoir fait, une ultime prolongation lui a été refusée, l'OAI considérant que la situation médicale était claire et qu'il pouvait statuer en l'état.

Par réplique du 26 octobre 2018, le recourant a contesté les arguments de la réponse et a maintenu l'entier de ses conclusions. Il indique qu'il n'a pu obtenir un nouveau rendez-vous chez le Dr Z._____ que le 9 novembre suivant et que c'est à la suite de cette consultation que ce spécialiste de la chirurgie de la main pourra rendre une nouvelle appréciation médicale.

Par écriture du 28 mars 2019, le recourant se réfère au courrier du Dr J._____ du 22 décembre 2017 à l'adresse de la CNA, dans lequel celui-ci propose une neuromodulation, laquelle n'a pas encore pu être effectuée. Le recourant allègue que ce document tend à prouver que

sa situation médicale n'est en rien stabilisée et que c'est donc à tort que l'intimé a considéré qu'il avait recouvré une pleine capacité de travail et une capacité de gain totale dans une activité adaptée à son état à compter du 3 avril 2017. Le recourant conteste le revenu sans invalidité retenu par l'intimé dans la mesure où ce montant ne correspond pas au salaire qu'il percevait de son employeur. Il produit en annexe le contrat de mission conclu avec R._____. Il prétend qu'il ressort de cette pièce que le salaire auquel il pourrait prétendre sans atteinte à la santé s'élève à 63'479 fr. 78 (26 fr. 85/heure x 42 x 52 : 12 x 13), expliquant qu'il bénéficiait d'un 13^{ème} salaire. Le recourant conteste également le revenu avec invalidité retenu par l'OAI dans la mesure où il ne lui est plus possible de travailler dans les domaines demandant des tâches physiques ou manuelles simples telles que retenues par l'intimé. Il fait valoir qu'il pourrait plutôt travailler à un poste administratif simple qui lui permettrait de percevoir un revenu annuel moyen de 50'760 francs. Il produit en annexe un document intitulé « Calculateur national de salaire » en exposant que, ne disposant d'aucun diplôme reconnu en Suisse et ne maîtrisant que mal le français, il ne pourrait prétendre qu'au salaire le plus bas, soit 4'230 fr. par mois. Ce faisant, il estime que si on admet qu'il dispose d'une capacité de travail raisonnablement exigible - ce qu'il conteste -, son degré d'invalidité serait d'environ 20,036 %, ce qui lui ouvre la voie aux mesures de reclassement. Enfin, le recourant fait valoir que son état de santé s'est péjoré depuis 2018 dès lors qu'il a récemment dû subir une intervention chirurgicale à l'épaule droite et que les suites ne sont pas résorbées : il ne peut pas bouger son bras droit de façon satisfaisante. Il requiert un délai pour produire les pièces médicales attestant cette atteinte. En conclusion, le recourant persiste dans les conclusions prises dans son acte de recours tout en requérant d'être mis au bénéfice de mesures de réadaptation d'ordre professionnel de l'OAI.

Par déterminations du 9 mai 2019, l'intimé a maintenu ses conclusions. Il expose tout d'abord ne pas voir en quoi l'avis du Dr J._____, selon lequel dès lors qu'il n'y a pas d'indication à une nouvelle intervention chirurgicale il reste la possibilité d'une neurostimulation, constituerait une entrave à l'exercice d'une activité professionnelle en

accord avec les limitations fonctionnelles tenant compte de la particularité du poignet. Pour ce qui est du revenu sans invalidité, il rappelle qu'il l'a calculé sur la base des données fournies par l'ancien employeur du recourant. Enfin en ce qui concerne le revenu avec invalidité, il considère qu'il est en conformité avec la jurisprudence fédérale en la matière dès lors qu'il est fondé sur les chiffres statistiques de l'ESS tenant compte de la capacité résiduelle de travail du recourant et de son niveau de compétence.

Le 4 juin 2019, l'intimé a transmis à la Cour de céans un rapport du 21 mai 2019 du Dr C._____. Dit rapport se rapporte aux suites d'une refixation arthroscopique qu'il a effectuée à l'épaule droite du recourant le 1^{er} octobre 2018.

Le 20 juin 2019, l'intimé a produit l'avis du Dr W._____ du SMR daté du 17 juin 2019, à qui il avait soumis le rapport du Dr C._____ du 21 mai 2018. Il en ressort que ledit rapport fait état d'éléments médicaux postérieurs à la période qui prévalait au moment de la décision litigieuse et concerne une autre localisation anatomique soit une atteinte des muscles permettant la rotation de l'épaule droite. Cela étant, l'intimé considère qu'il ne saurait tenir compte de ces éléments médicaux dans le cadre de la présente procédure de recours, lesquels doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b) si le recourant estime que sa problématique est susceptible de persister au-delà d'une année et qu'elle est de nature à entraver sa capacité de travail et de gain de manière durable : il lui appartient de déposer une nouvelle demande de prestations AI.

Par déterminations du 3 octobre 2019, le recourant a indiqué qu'il n'avait pas de remarques particulières à formuler sur le courrier de l'intimé. Il le conteste toutefois intégralement dans la mesure l'OAI retient qu'il a une capacité de travail suffisante et que son état est stabilisé. Pour le surplus, il maintient ses conclusions et ses griefs.

C. Dans le cadre de la procédure de recours, l'assuré a produit les rapports médicaux suivants :

- Courrier du 26 janvier 2018 adressé au Dr L. _____ par le Dr Z. _____, dans lequel il exposait avoir proposé à l'assuré une arthro IRM du poignet afin de faire un bilan cartilagineux et ligamentaire précis, de pouvoir affiner le diagnostic et lui faire des propositions thérapeutiques si celles-ci étaient envisageables.

- Courrier du 12 février 2018 que le Dr Chick a adressé au médecin conseil de la CNA, dans lequel on peut notamment lire ce qui suit (sic) :

« Je revois Monsieur O. _____ dans le cadre d'un traumatisme du poignet gauche survenu le 27. 7.2012 pour lequel il persiste des douleurs (voir courrier précédent). Je lui avais demandé un arthro IRM pour faire un bilan du cartilage et un bilan ligamentaire. L'arthrographie montre une fuite pyramido lunaire et scapho lunaire. Le cartilage radio carpien et à l'étage médio carpien apparaît intact. On note au niveau des coupes coronales une intégrité de l'insertion scapho lunaire antérieure et postérieure mais avec des fibres remaniées au niveau de la portion intermédiaire qui explique par ailleurs la fuite. Il n'y a pas de désaxation en DISI du semi lunaire. Au total, il ne présente pas de lésion séquellaire d'arthrose. Son problème principal est lié aux douleurs et au manque de mobilité. Je crains qu'une intervention en visant à redonner de la mobilité ne l'entretienne dans un secteur de mobilité qui devienne encore plus douloureux. Pour la douleur, une dénervation a déjà été réalisée et s'est révélée infructueuse avec persistance de douleur au niveau de la colonne du pouce. Compte tenu de son travail de force la situation est difficile à prendre en charge car une intervention de reconstruction articulaire est excessive et sachant que la douleur est au premier plan et qu'une dénervation a déjà été réalisée, l'arsenal thérapeutique apparaît bien maigre. A priori, ce type de lésion ne devrait pas évoluer vers de l'arthrose secondaire. Je ne peux que l'encourager à porter une attelle pour le soulager la nuit ou en cas de mouvement de force mais en l'état actuel, je pense qu'il ne faut pas lui proposer d'intervention (l'arthroscopie risque d'être particulièrement délicat sur un poignet remanié après dénervation sans garantie pour autant d'avoir un résultat à ce niveau). »

- Courriel du 23 novembre 2018 du Dr Z. _____ à l'adresse de l'associé de Me Wavre dans lequel il indique avoir revu le recourant à sa consultation du 9 novembre précédent. Il explique n'avoir programmé aucune intervention, être dans l'attente d'une réponse de la CNA et devoir revoir l'assuré en janvier 2019.

D. Par courrier du 12 décembre 2019, le conseil du recourant a produit sa liste des opérations effectuées du 1^{er} juin 2018 au 12 décembre 2019. Les honoraires proprement dits se montent à 2'001 fr. 60 et les débours à 45 fr. 20, auxquels s'ajoute la TVA, par 7, 7 %. Le montant total est ainsi de 2'204 fr. 51 pour un total de 14, 95 heures.

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. Est en l'espèce litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité non limitée dans le temps. Sont contestés par l'assuré l'évaluation de sa capacité de travail et le calcul du degré d'invalidité, soit en particulier les revenus sans et avec invalidité retenus par l'intimé. A titre subsidiaire, le recourant fait valoir le droit à des mesures de reclassement professionnel.

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 (art. 8 al. 1 LPGA et art. 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

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

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou

réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

4. a) 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).

b) 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), 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).

5. Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al.1 LPGa). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

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).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, 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 asséculoologique. 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 l'assuré, 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 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. a) Sur le plan médical, le recourant conteste l'appréciation médicale de l'OAI en faisant valoir que le manque de mobilité et les douleurs à son poignet gauche l'empêchent d'exercer une quelconque activité professionnelle. Pour sa part, l'intimé estime que l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par la AA ._____ dans son rapport du 29 juin 2015 est exigible, le médecin d'arrondissement de la CNA ayant indiqué dans son rapport d'examen final du 3 avril 2017 que sa main gauche était fonctionnelle, même si elle manque de force.

b) Dans son rapport d'examen final du 3 avril 2017, le Dr V._____ décrit les circonstances de l'accident dont l'assuré a été victime le 19 juillet 2012 telles que les lui a rapportées l'intéressé. Il rappelle dans le détail les diverses interventions chirurgicales qui ont suivi, à savoir une cure chirurgicale par plastie d'élargissement du 1^{er} compartiment des extenseurs du poignet gauche pour traitement d'une ténosynovite sténosante (cf. protocole opératoire du 11 décembre 2012, respectivement 30 avril 2013 du Dr F._____), une exérèse chirurgicale d'un kyste arthro-synovial dorsal du poignet gauche le 3 septembre 2013 (cf. rapport du 9 septembre 2013 du Dr F._____), une libération du contenu de la 1^{ère} coulisse des extenseurs du poignet gauche et une neurolyse des branches superficielles du nerf radial (cf. protocole post-opératoire du 13 mai 2014 du Dr S._____) et une dénervation du nerf interosseux dorsal du poignet gauche le 20 septembre 2016 (cf. protocole opératoire établi le même jour par le Dr C._____). Le Dr V._____ fait part des constatations et des conclusions indiquées dans les rapports du Dr T._____ de la AA ._____ à la suite des deux séjours de trois

semaines de l'intéressé dans cet établissement, le premier, du 27 novembre au 17 décembre 2013, le second, du 20 mai au 16 juin 2015. Après avoir fait état des plaintes du recourant lors de l'examen clinique du 3 avril 2017, à savoir la persistance de douleurs sur le versant radial du poignet gauche, s'étendant à la base du pouce et au médus, constantes mais nettement aggravées par l'usage de la main, qu'il s'efforce quand même d'intégrer dans les activités quotidiennes, le médecin d'arrondissement expose que l'assuré lui a indiqué qu'il ne suivait plus de traitement, sauf une médication avec de l'Ibuprofène 600, du Dafalgan® et des gouttes de Tramadol® que l'intéressé a admis ne pas prendre pas certains jours. C'est son médecin traitant qui le suit, le Dr L._____. Il consulte toujours un psychiatre mais ne prend pas d'antidépresseurs. Suit l'exposé des constatations du Dr V._____ lors de l'examen clinique, qui se résume à « une limitation fonctionnelle un peu globale du poignet gauche, s'étendant au pouce et très partiellement aux doigts longs dans les suites d'un traumatisme en hyperextension du poignet et du pouce gauche ayant donné lieu à des interventions itératives, sans qu'on parvienne à se convaincre d'une véritable raideur articulaire ou d'un obstacle mécanique clair au libre jeu des tendons ». Il relève à cet égard que les constatations faites lors de l'intervention du 7 mai 2014, qui n'a retrouvé que des adhérences lâches, lui semblent particulièrement significatives. Ainsi, selon le Dr V._____, qui a préalablement pu constater lors de l'examen que l'assuré parvenait à lacer ses chaussures avec beaucoup d'habileté et de célérité et dont la thymie semble rétablie (par rapport à son examen du 22 octobre 2013), l'ampleur du handicap, au demeurant variable, n'est que partiellement explicable par les constatations médicales objectives. Au final, il indique une évolution finalement assez favorable et une main gauche tout à fait fonctionnelle même si elle manque de force. Il retient comme limitations fonctionnelles celles qui ont été décrites lors du dernier séjour de l'assuré à la AA ._____ (cf. rapport du 29 juin 2015) et conclut que l'intéressé a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité respectant celles-ci, soit privilégiant le contrôle et la surveillance au travail purement manuel.

Les constatations et les conclusions du médecin d'arrondissement de la CNA sont largement corroborées par celles des spécialistes de la AA ._____ ainsi que cela ressort du rapport du Dr T._____ du 29 juin 2015. On relèvera en particulier qu'aucun diagnostic orthopédique ni neurologique n'a été retenu. Sur le plan psychique, aucun signe d'une psychopathologie évolutive n'a été constaté, une évolution favorable par rapport au premier séjour étant relevée. Les spécialistes relevaient par ailleurs que l'assuré était centré sur la douleur et se montrait très démonstratif ; sa participation aux thérapies était jugée faible. De même, l'intéressé ne montrait que peu d'entrain pour les tâches demandées lors des ateliers professionnels, son comportement étant marqué par des plaintes dès qu'il devait intégrer son membre supérieur gauche. Ils étaient d'avis que les plaintes et les limitations fonctionnelles exprimées ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées, des facteurs contextuels et une kinésiophobie étant relevés. Parmi les incohérences mises en avant, ils notaient en particulier une discordance entre ce que l'assuré était capable de faire en-dehors des thérapies et des ateliers et ce qu'il acceptait de faire lors de ceux-ci : ils relevaient par exemple que le recourant se servait facilement de son téléphone portable et nageait par le crawl en piscine. Le même constat était fait en ce qui concerne les examens cliniques. Enfin, ils soulignaient le fait que le recourant n'avait pas donné suite à la proposition qui lui avait été faite en coordination avec l'OAI pour effectuer une mesure d'évaluation de ses capacités professionnelles. Au final, les spécialistes de la AA ._____ concluaient en juin 2015 déjà que la situation était stabilisée sur le plan médical et que le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de port répétitif de charges lourdes, de travail nécessitant de la force répétitive du membre supérieur gauche ainsi que des mouvements répétitifs avec le poignet surtout en pro supination. Cela étant, force est de reconnaître que le rapport d'examen final du 3 avril 2017 du médecin d'arrondissement de la CNA est en tous points conforme aux exigences de la jurisprudence en la matière.

Les rapports médicaux produits par le recourant à l'appui de son recours ne remettent nullement en doute les conclusions ci-dessus rappelées. Les rapports des 26 janvier et 12 février 2018 du Dr Z. _____ ne révèlent en effet pas une situation qui n'aurait pas été prise en compte par l'OAI. En substance, ce spécialiste indique que l'assuré ne présente pas de lésion séquellaire d'arthrose et que le problème principal est lié aux douleurs et au manque de mobilité. Il ne recommande pas de nouvelle intervention chirurgicale visant à redonner de la mobilité au poignet gauche. Seul le port d'une attelle la nuit ou en cas de mouvement de force étant indiqué. Ainsi, les observations du Dr Z. _____, qui ne se prononce aucunement par ailleurs sur la capacité de travail résiduelle du recourant, ne sont pas en contradiction avec les pièces médicales au dossier, mais tendent plutôt à corroborer le point de vue des Drs V. _____ et T. _____. Cela étant, il y a lieu de retenir qu'une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles, donc ne sollicitant pas trop son poignet gauche, est exigible.

Au demeurant, la Cour de céans relève que malgré plusieurs prolongations de délai accordées au recourant pour produire des pièces médicales nouvelles attestant son point de vue, il n'a au final déposé aucun rapport susceptible de mettre en doute les conclusions bien étayées du rapport d'examen final du Dr V. _____ concernant la capacité de travail exigible. Ainsi, dans son rapport du 22 décembre 2017, le Dr J. _____ expose, en ce qui concerne la douleur au poignet gauche du recourant que, dès lors qu'il n'y pas d'indication à une nouvelle intervention chirurgicale, il reste toutefois la possibilité d'une neuromodulation. A l'instar de l'intimé, on constate que cette procédure recommandée par le Dr J. _____ ne constitue pas une entrave à l'exercice d'une activité professionnelle en accord avec les limitations fonctionnelles tenant compte de la particularité du poignet gauche du recourant. Par ailleurs, le recourant, respectivement le Dr J. _____, ne rendent pas vraisemblable que ce traitement serait susceptible d'augmenter, voire de rétablir la capacité de travail du recourant. Comme déjà indiqué ci-dessus, le courrier du Dr Z. _____ adressé au médecin traitant du recourant le 26 janvier 2018 indique pour sa part simplement

qu'il a proposé à l'intéressé une arthro IRM afin de faire un bilan cartilagineux et ligamentaire précis afin de pouvoir affiner le diagnostic et lui faire des propositions thérapeutiques si celles-ci sont envisageables. Dans un courrier du 12 février adressé au médecin conseil de la CNA, le Dr Z._____ relevait toutefois que l'arthro IRM n'avait pas révélé de lésion séquellaire d'arthrose et que, le problème principal étant lié aux douleurs et au manque de mobilité, il craignait qu'une intervention visant à redonner de la mobilité n'entretienne le recourant dans un secteur de mobilité qui devienne encore plus douloureux. Il en concluait qu'il ne pouvait qu'encourager le recourant à porter une attelle pour le soulager la nuit et en cas mouvement de force. Enfin, le bref courriel adressé le 23 novembre 2018 par le Dr Z._____ à l'associé du conseil du recourant indique seulement que ce médecin n'a pas programmé d'intervention, être dans l'attente d'une réponse de la CNA et devoir revoir le recourant en janvier 2019. Cela étant, on ne saurait déduire des constats et de l'avis du Dr Z._____ une quelconque divergence d'opinion quant à la situation médicale du recourant et en particulier pas en ce qui concerne sa capacité résiduelle de travail.

c) Le recourant fait encore valoir que son état de santé s'est péjoré en raison des séquelles d'une intervention chirurgicale à l'épaule droite. Le 20 juin 2019, l'intimé a produit le rapport du Dr C._____ du 21 mai 2019 qui se rapporte aux suites d'une refixation arthroscopique qu'il a effectuée sur le recourant le 1^{er} octobre 2018. Ce rapport a été soumis par l'OAI au SMR. Dans un avis du 17 juin 2019, le Dr W._____ considère que le courrier du Dr C._____ fait état d'éléments postérieurs à la période qui prévalait jusqu'à la décision litigieuse. Il relève en outre qu'il se rapporte à une autre localisation anatomique soit à une atteinte des muscles permettant la rotation de l'épaule droite. De plus il est noté qu'aucune précision n'est donnée sur le mécanisme à l'origine de l'atteinte ni sur la localisation de la ou des lésion(s) de l'épaule.

Selon une jurisprudence constante le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été

rendue (cf. ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, comme le prétend le recourant en l'espèce, doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 précité). Ainsi, si cette problématique est susceptible de persister au-delà d'une année et qu'elle est de nature à entraver la capacité de travail et de gain de manière durable, il appartiendra au recourant de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

d) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que la capacité de travail du recourant est, depuis le 3 avril 2017, entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites dans le rapport de la AA ._____ du 29 juin 2015.

7. Dans un deuxième grief, le recourant critique le calcul du degré d'invalidité opéré par l'intimé, contestant tant le revenu sans invalidité qu'avec invalidité retenus par l'OAI.

a) En ce qui concerne le revenu sans invalidité, l'intimé a indiqué dans sa décision du 25 mai 2018 retenir un revenu de 58'581 fr. 38 sur la base des indications fournies par l'employeur du recourant. Pour sa part, ce dernier fait valoir que, selon le contrat de mission conclu avec R._____, le salaire sans atteinte à la santé s'élèverait à 63'479 fr. 78 (26 fr. 85/heure x 42 x 52), étant donné qu'il bénéficiait d'un 13^{ème} salaire.

Si on se réfère au contrat de mission invoqué par le recourant, on constate que le salaire horaire du recourant se composait comme suit : salaire horaire de base 26 fr. 83, auquel s'ajoutent 2 fr. 31 à titre d'indemnité pour les vacances (8, 33 %), 0 fr. 86 à titre d'indemnité pour les jours fériés (3, 2 %) et 2 fr. 50 (8, 33 %) pour le 13^{ème} salaire, soit un total de 32 fr. 50 de l'heure. Dans le cas où, comme en l'espèce, le salaire horaire comprend une indemnité pour les vacances et une pour les jours fériés, il convient, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière (cf. TF 8C_520/2016 arrêt du 14 août 2017, consid. 4.3.2), de déduire du temps de travail annuel les jours correspondant aux vacances

et aux jours fériés avant d'ajouter un supplément de 8,33 % pour tenir compte du 13^{ème} salaire. Par conséquent, il y a lieu de calculer le revenu sans invalidité comme suit : 26 fr. 83 (salaire horaire de base) x 42 (heures hebdomadaires) x 52 (horaire annuel) et d'ajouter à ce total 8,33 % à titre de 13^{ème} salaire. On obtient ainsi un revenu annuel sans invalidité de 63'477 fr. 83 (58'596 fr. 72 + 4'881 fr. 11). Il y a toutefois encore lieu d'indexer le salaire de 2013 à 2017, naissance éventuelle du droit à une rente. Toutefois, après indexation de ce montant à 2017 (+ 0,7 % en 2014, + 0,3 % en 2015 + 0,6 % en 2016 et + 0,4 % en 2017 [Office fédéral de la statistique OFS, Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1990-2015]), on aboutit à un revenu mensuel sans invalidité de 5'289 fr. 80.

b) En ce qui concerne le revenu d'invalidé, il y a lieu de constater que l'intimé s'est conformé à la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière en se fondant sur les données statistiques résultant de l'ESS et en tenant compte de la capacité résiduelle de travail du recourant et de son niveau de compétences, soit le salaire de référence auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et service) (TA1 ; niveau de compétences 1) avant de l'adapter à la durée hebdomadaire moyenne de travail et à l'évolution des salaires nominaux de 2013 à 2017. Ce calcul ne prête pas le flanc à la critique et doit être confirmé. Ainsi, le revenu avec invalidité s'élève à 67'656 fr. 27, ce qui correspond à un salaire mensuel de 5'638 francs.

Il s'ensuit que le revenu avec invalidité (5'638 fr.) est légèrement supérieur à celui sans invalidité (5'289 fr. 80), ce même en procédant à un abattement de 5 %. L'intimé était donc légitimé à ne retenir aucun préjudice économique (art. 16 LPG). Le degré d'invalidité étant nul, la suppression de la rente d'invalidité trois mois après que la capacité de travail, respectivement de gain du recourant s'est améliorée, soit dès le 1^{er} août 2017 (art. 88a al. 1 RAI [règlement sur l'assurance invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201]), s'avère justifiée.

c) Le degré d'invalidité du recourant étant nul, ses conclusions subsidiaires tendant à l'octroi de mesures de reclassement professionnel doivent être rejetées (art. 17 LAI).

8. a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 et 125 I 127 consid. 6c/cc ; TF 8C_660/2015 du 24 février 2016 consid. 4.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d, 119 V 335 consid. 3c et 104 V 209 consid. a ; TF 8C_372/2014 du 12 mai 2015 consid. 4.3).

b) En l'espèce, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant, à savoir son audition et celles de ses médecins par la Cour de céans. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée.

9. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, 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^{bis} première phrase LAI). En l'espèce, ils doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

N'obtenant pas gain de cause, le recourant n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

c) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement forfaitaire de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

En l'espèce, par décision de la juge instructeur du 29 novembre 2019, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 28 juin 2018 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Jean-Pierre Wavre. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 12 décembre 2019, qui comprend notamment des débours. Il convient toutefois sur ce dernier point d'appliquer le forfait de 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Toutefois, les opérations antérieures au 28 juin 2018 (0.25 heure) et celles relatives à la lecture, à l'analyse de l'arrêt et à l'envoi de l'arrêt avec commentaire par anticipation (0.33 et 0.25 heure) doivent être retranchées du total des heures comptabilisées. Au final, compte tenu de la difficulté de la cause et de son ampleur, le montant de l'indemnité de Me Jean-Pierre Wavre est arrêté à 2'200 francs, débours et TVA compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est

tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours déposé le 2 juillet 2018 par O. _____ est rejeté.
- II. La décision rendue le 25 mai 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Jean-Pierre Wavre, conseil d'office du recourant, est arrêtée à 2'200 fr. (deux mille deux cents francs), débours et TVA inclus.
- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Pierre Wavre, avocat à Genève (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 :