

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 juillet 2010

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mme Di Ferro Demierre et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Favre

Cause pendante entre :

B._____, à Vevey, recourant, représenté par Me Eduardo Redondo, à Vevey,

et

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

**Art. 6, art. 8 al. 1, art. 16 LPGA, art 4 al. 1, 28 LAI, art. 88a al. 1
RAI**

E n f a i t :

A. a) B. _____ (ci-après: l'assuré), ressortissant macédonien, né le 27 novembre 1957, marié, père de deux enfants aujourd'hui majeurs, est arrivé en Suisse pour la première fois en 1983. Il a travaillé en qualité de manœuvre, en dernier lieu pour la société X. _____, jusqu'à la survenance de son incapacité de travail au mois de décembre 2003.

Le 23 octobre 2004, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), une demande de prestation AI pour adultes tendant à l'octroi d'une rente. A l'appui de sa demande, il invoquait des douleurs constantes au poignet droit suite à un accident du travail survenu en 1987.

b) Procédant à l'instruction de ce dossier, l'OAI a reçu en date du 04 novembre 2004, un questionnaire de l'employeur, dont il ressortait que l'assuré travaillait en tant qu'aide à tout faire sur les chantiers et qu'il exécutait de petits travaux de maçonnerie. Le dernier salaire mensuel brut que l'assuré aurait dû toucher en 2004, sans la survenance de l'atteinte à sa santé, se serait élevé à 4'910 francs.

D'après le rapport médical du 17 novembre 2004 du Dr P. _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin-traitant de l'assuré, ce dernier souffrait d'une importante fragmentation du semi-lunaire droit dans le cadre d'une maladie de Kienböck stade IV selon Decoux. Les handicaps fonctionnels suivants étaient constatés: tuméfaction épisodique avec persistance des douleurs du poignet droit affectant la capacité de travail de l'assuré en raison des douleurs persistantes du poignet droit à la mobilité. Il indiquait que l'activité habituelle de manœuvre ne pouvait plus être exercée. Cependant une autre activité était envisageable, celle-ci pouvant être déterminée après une éventuelle intervention chirurgicale.

Etaient joints à ce rapport, différents avis médicaux adressés au Dr P._____, dont celui du 13 avril 2004 du Dr Q._____, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive, esthétique et en chirurgie de la main, qui exposait ce qui suit:

Appréciation du cas: Votre assuré présente actuellement une arthrose radio- carpienne, sur, à mon avis, une maladie de Kienböck stade IV. Il est clair que l'on ne peut totalement exclure une ancienne fracture du semi-lunaire, étant donné en particulier l'existence de ce traumatisme survenu il y a une quinzaine d'années. Dans ces conditions, il serait évidemment extrêmement intéressant de pouvoir obtenir les radiographies pratiquées à l'époque et M. B._____ de même que son épouse sont absolument convaincus qu'il s'agit des suites de ce traumatisme. Au vu de l'aspect radiologique du semi-lunaire, j'ai quand même plutôt l'impression qu'il s'agit bien d'une maladie de Kienböck.

Concernant l'approche thérapeutique, et je comprends parfaitement la proposition faite par le docteur Maire d'être extrêmement conservateur dans cette situation, on pourrait, pour autant que le traitement purement antalgique et non chirurgical n'apporte pas d'amélioration nette, tenter tout d'abord de procéder à une dénervation du carpe. Si cette intervention n'apportait pas le résultat souhaité, je pense qu'il faudrait alors effectivement proposer une arthrodèse de ce poignet, sauf si par hasard, au status opératoire, on constatait que le pôle proximal du grand os et la fossette lunaire du radius permettaient de ne procéder qu'à une résection des os de la 1^{ère} rangée.

De toute façon, quelle que soit l'option thérapeutique choisie, je crois qu'il faut être conscient que l'état de ce poignet ne permettra que très difficilement à M. B._____ de reprendre une activité nécessitant l'usage en force et répétitif du poignet droit".

c) Le 26 janvier 2005, le Professeur Y._____, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive, esthétique et en chirurgie de la main, a posé le diagnostic d'arthrose du poignet droit (post-fracture ou

post-maladie de Kienböck). Il mentionnait une incapacité de travail à 100% depuis le 8 décembre 2003 et précisait que l'état de santé de l'assuré s'aggravait et que ce dernier devait porter une attelle en permanence.

Il ressort ensuite du rapport du 4 mars 2005 du Professeur Y._____ adressé au médecin-conseil du [...], que l'assuré a subi une arthrodèse du poignet droit et dénervation interosseux postérieur le 23 février 2005.

Le 13 avril 2005, le Professeur Y._____ indiquait que l'arthrodèse subie était en voie de consolidation et que le matériel d'arthrodèse était bien en place. Une bonne mobilité des doigts était constatée. L'état de santé de l'assuré était stationnaire. Des mesures de reclassement étaient envisageables après un mois au plus tôt mais plus probablement deux mois à compter du 13 avril 2005. Une activité réellement adaptée pouvait être exercée à 100% sans aucun doute possible.

B. a) Le 19 mai 2006, l'OAI a estimé qu'il était nécessaire de soumettre l'assuré à un stage d'évaluation dans un Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après: COPAI), afin de confirmer la capacité de travail exigible et de préciser, le cas échéant, le type d'activités adaptées à l'état de santé de l'assuré. Il en a informé ce dernier par courrier du 14 juin 2006.

L'assuré a donc suivi un stage COPAI au Centre Oroph d'Yverdon-les-Bains du 15 août 2006 au 8 septembre 2006. Le rapport COPAI daté du 22 septembre 2006 a la teneur suivante:

"5. DISCUSSION

M. B._____ est un macédonien de 49 ans. Marié avec une compatriote, le couple a deux enfants. Le fils aîné est marié et la fille de 15 ans est encore à l'école. L'épouse est employée de maison à plein-temps dans un EMS.

Au sondage d'inconfort, M. B._____ indique des douleurs d'intensité de 9 à 10 à la main droite, de 9 dans les deux pieds et le mollet droit et de 7 à 8 aux côtés à gauche. Globalement, il se met une cote d'inconfort de 3.

Au PACT, il évalue ses capacités avec un score de 13 points. Sur 50 gestes 43 sont qualifiés d'impossibles à effectuer. Si l'on se réfère au barème de ce test, il estime ne pas pouvoir travailler.

Peu scolarisé, cet assuré n'a pas un grand niveau de connaissances. Il dit savoir lire et écrire en macédonien (il peine à écrire en raison de son poignet), mais il ne sait ni l'un ni l'autre en français. En arithmétique, il ne réussit que quelques calculs simples. Il n'a aucune notion d'informatique mais possède un permis de conduire. Un test de raisonnement général (PM 38) le situe légèrement en dessous de la moyenne par rapport à une population ouvrière de son âge (st 4). Une formation n'est donc guère envisageable. Seule une mise au courant simple sur le poste de travail pourrait convenir. Sur le plan pratique, ses facultés d'adaptation à la nouveauté sont faibles. M. B._____ a systématiquement besoin de la démonstration pratique pour pouvoir être autonome et un mode opératoire comportant plusieurs consignes ne lui est pas accessible. Déjà fort limité par l'usage très restreint de son membre supérieur droit dominant, cet assuré manque, en outre, d'habileté manuelle et de précision dans le geste et ceci l'empêche d'assumer des activités fines et précises. Dès lors qu'il ne peut plus faire face aux travaux physiquement exigeants qui ont jalonné son parcours professionnel, M. B._____ se trouve désemparé et incapable d'imaginer une éventuelle activité adaptée. Cependant et en dépit de ses difficultés, cet homme souhaiterait retravailler ne serait-ce que pour mieux occuper ses journées et retrouver le contact avec des collègues de travail. Dans cet esprit, il se montre volontaire, assidu et persévérant. Il ne refuse aucune activité et essaie de s'adapter de son mieux. Son comportement dans notre centre ne souffre d'aucune critique.

Dans les ateliers et face aux machines-outils, nous sommes en présence d'un homme obèse, de contact agréable s'exprimant

parfois dans un français approximatif. Dès son arrivée dans les ateliers, nous remarquons sa main droite enflée dont l'avant-bras présente une protubérance à mi-distance coude-poignet. M. B._____ est droitier et son poignet droit est bloqué, il n'a plus la flexion-supination et la préhension est très restreinte. Il ne peut utiliser ce membre que comme appui et dans l'optique de productivité industrielle, cette main n'est pas fonctionnelle. Par ailleurs, l'emploi des deux mains simultanément (pour tenir la pièce d'une main et serrer un étau ou une pince de l'autre, par exemple) est fortement compromis et nécessite un serrage asservi ou auxiliaire pour gagner partiellement en efficacité. En outre, M. B._____ n'est pas habitué à une gestuelle précise et il ne possède pas une bonne habileté manuelle; raison pour laquelle il est en difficulté face à des travaux fins, délicats ou sollicitant une manipulation moyennement intensive. L'assuré est aussi gêné par son obésité qui rend inconfortable les positions de travail face à certaines machines-outils et limite ses mouvements en extension et en amplitude. Il souffre encore de problèmes métaboliques (hypertension, diabète) et se plaint de fatigue et manque de sommeil. Confronté à des activités simples, allégées et répétitives, nous mesurons, dans des conditions favorables, des rendements de l'ordre de 65%.

Cet homme simple et peu instruit a été et reste un travailleur de force. Dépourvu des ressources intellectuelles et pratiques nécessaires qui lui auraient permis d'envisager des activités de contrôle-surveillance ou de gestion logistique ou administrative où l'usage des mains est relativement restreint, il ne peut être orienté que vers des activités essentiellement manuelles nécessitant idéalement des aménagements (serrage assisté, par exemple) et forcément ciblées et restreintes. D'où la difficulté quasi insurmontable de pouvoir proposer à M. B._____ une activité adaptée lui permettant d'avoir une productivité de 100%.

6. CONCLUSION

Au terme de la mesure et compte tenu de ce qui précède, notre équipe d'observation est d'avis que face à des activités simples et

légères telles que: alimentation de machines-outils automatiques ou semi-automatiques, conduite de machines-outils pourvues d'un serrage assisté, triage-manutention de pièces petites à moyennes par exemple, le taux de rendement exigible est au maximum de 70% (à de rares occasions). Par ailleurs, une aide au placement est indispensable pour pouvoir placer l'assuré dans le circuit économique.

7. OPINION DE L'ASSURE

La séance de bilan interne a eu lieu le 15/09/2006 en présence de Mme [...] de l'OAI-Vaud, de l'assuré et des soussignés.

L'assuré reste sceptique sur sa réelle capacité à retrouver une capacité de travail, il relève que même à domicile, il ne peut ni couper sa viande seul, ni passer l'aspirateur.

Il est prêt à essayer un travail avec l'aide d'un conseiller AI, car il préférerait être occupé".

A ce document était joint le rapport du 11 septembre 2006 du Dr S._____, médecin-conseil de l'Oriph, dont les conclusions étaient formulées comme suit :

"Discussion

M. B._____ est un Macédonien de 49 ans, qui vit en Suisse depuis 1983. Il a été manoeuvre du génie civil jusqu'à son arrêt de travail du 8 décembre 2003.

Il a une douleur du poignet droit chez un droitier, qu'il fait remonter à un accident de 1987. De fait, il y a une incertitude entre une suite d'accidents et un cas de maladie. Sans nouveau traumatisme, les douleurs ont augmenté au début décembre 2003 et ont justifié l'arrêt de travail. Le traitement conservateur a échoué et on a pratiqué une arthrodèse de ce poignet. Cette opération a eu un effet positif sur les douleurs, qui n'ont cependant pas complètement disparu et continuent d'entraver la fonction de ce poignet. A l'examen, ce poignet est calme, non inflammatoire, bloqué, incapable de flexion/extension, éversion/inversion et la prosupination est conservée, Il n'y a pas d'hypotrophie musculaire

de l'avant-bras ni de la main et il n'y a pas de trace de travail. Par ailleurs, M. B._____ a un syndrome métabolique avec obésité, diabète et hypertension artérielle.

A l'atelier, M. B._____ n'utilise sa main droite que comme appui et oeuvre uniquement de la main gauche. Il secoue de temps en temps sa main droite. Il semble souffrir de sa main droite de façon constante. Il manque de force de cette main. Son comportement professionnel est adéquat, il est persévérant et volontaire, mais il est lent. D'un petit niveau intellectuel, il n'y a que les tâches simples qui soient à sa portée. La gestuelle peu habile interdit les travaux trop fins. Il est encore gêné par son obésité qui éloigne les épaules du plan de travail. Toutes ces raisons font que les rendements observés sont faibles et que la qualité du travail laisse souvent à désirer. M. B._____ se plaint de plus de mal dormir, ce qu'il attribue aux douleurs du poignet. Nous nous posons la question tout de même d'un possible syndrome des apnées du sommeil qui mériterait d'être recherché. Sa correction pourrait en effet avoir une incidence sur le rythme de travail et donc le rendement.

Au terme de ce stage, notre groupe d'observation est d'avis que M. B._____ peut reprendre une activité à plein temps. L'activité doit être simple et répétitive, accessible à un monomanuel de la main non dominante. Le travail doit être léger. Des travaux de surveillance ou de contrôle sont exclus par le faible niveau de cet homme. Nous ne voyons guère qu'un travail de production en série de pièces légères sur une machine adaptée avec serrage automatique. Même dans ces conditions optimales, nous ne pensons pas que M. B._____ parvienne à un rendement complet; un maximum de 70% nous paraît réaliste. La différence entre l'évaluation médico-théorique et notre propre estimation s'explique par les limitations intellectuelles, la maladresse et la lenteur de l'assuré. Remarquons enfin que le type d'activité encore à portée de cet homme est certainement rare sur le marché de l'emploi".

b) Le 27 novembre 2006, le Tribunal des assurances sociales a rejeté un recours déposé par l'assuré contre la décision sur opposition du

16 septembre 2004 de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents refusant l'octroi de prestations.

c) Le 12 juillet 2007, l'OAI a rendu un projet d'acceptation de rente reconnaissant le droit à l'assuré à un quart de rente dès le 1^{er} décembre 2004. Il était constaté que l'on pouvait raisonnablement exiger de l'assuré qu'il exerçât une activité légère de substitution à 70%.

L'assuré a fait part de ses objections par courrier du 31 août 2007. Il contestait en substance le taux de rendement et le taux d'abattement sur le salaire d'invalidé retenus par l'OAI. Il concluait à ce qu'un trois quart de rente lui soit reconnu dès le 1^{er} décembre 2004.

Le 28 février 2008, le Dr H. _____ du Service médical régional AI (ci-après: le SMR) a rendu un avis médical, au terme duquel il estimait que les limitations observées durant le stage COPAI correspondaient vraisemblablement à des auto-limitations dont il ne pouvait être tenu compte dans la détermination de l'exigibilité médicale. Il estimait une capacité médico-théorique de 100% dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré. Il précisait que les limitations fonctionnelles objectives après arthrolyse du poignet étaient l'impossibilité des mouvements de flexion/extension et d'éversion/inversion, ainsi qu'une certaine baisse de la force dans la main. Ces limitations ne correspondaient en aucun cas à une activité monomanuelle.

Le 10 avril 2008, l'OAI a rendu un nouveau projet de décision annulant le précédent. Se fondant sur l'avis du SMR du 28 février 2008, il retenait une capacité de travail exigible à 100% dans une activité adaptée. Le taux d'invalidité recalculé était ainsi de 23.75%, ce qui ne donnait droit à aucune rente d'invalidité.

L'assuré a fait part de ses objections par courrier du 15 août 2008. Il concluait à l'annulation dudit projet et à la confirmation du premier projet de décision de l'OAI du 12 juillet 2007. Etait joint à son

courrier, un rapport médical du 18 juillet 2008 de la Dresse M._____, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive, esthétique et chirurgie de la main, qui avait la teneur suivante:

"Conclusion et propositions thérapeutiques : Comme vous avez déjà pu le constater d'après le rapport du [...], nous avons pu exclure un syndrome de tunnel carpien droit. Les paresthésies périphériques aux MS ainsi qu'aux MI sont en relation avec une poly-neuropathie diabétique. Il n'y a donc aucune proposition chirurgicale.

Par contre, vu ces plaintes subjectives, le status clinique et l'examen radiologique, il me semble que ces douleurs résiduelles sur la face dorsale de l'avant-bras irradiant vers le coude proviennent probablement d'une synovite réactionnelle des tendons extenseurs due à la plaque de l'arthrodèse.

Après une longue discussion et des explications détaillées (en présence de sa belle-fille) concernant les suites d'une arthrodèse du poignet (le résultat escompté et la gêne résiduelle en particulier due à l'impotence fonctionnelle) vu que l'arthrodèse est parfaitement stable et étant donné la présence d'une synovite réactionnelle, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse d'arthrodèse pourraient être envisagée. Cette AMO permettra vraisemblablement d'améliorer la synovite actuelle, probablement réactionnelle.

Pour l'instant, je lui ai prescrit des AINS locaux sous forme de Flectopann Tissugel et glace localement. Malheureusement en raison de la présence de la plaque, il ne peut pas bénéficier d'un traitement de physiothérapie antalgique sous forme d'ultrasons.

PS: Je tiens à souligner que je ne voulais pas me prononcer sur son problème assécurologique qui est assez compliqué et vraisemblablement impossible de certifier. D'autant plus que cela n'apportera plus rien dans son recours contre la décision de l'Al qui lui accorde pour le moment une diminution de rendement de 35% dans une activité légère de type industriel. Je lui ai également signalé que cela ne changera certainement pas même si on procède à l'ablation du matériel d'arthrodèse.

Par ailleurs, certainement comme vous, je suis surprise que l'Al n'ait pas tenu compte de tous ces problèmes médicaux de diabète,

hypertension artérielle, obésité, état dépressif, poly-neuropathie périphérique, etc".

Ce nouveau rapport médical a été soumis au SMR pour avis.

Le 19 mars 2009, le Dr H. _____ du SMR a rendu un avis médical, à teneur duquel il estimait que le nouveau rapport médical du Dr M. _____ daté du 18 juillet 2008 ne remettait pas en cause l'exigibilité antérieure. Du point de vue médico-théorique, la capacité de travail exigible était de 100% dans une activité adaptée, évitant le travail de force et les mouvements répétitifs avec le poignet D, et ne nécessitant pas de flexion/extension ni d'inclinaisons latérales de ce poignet. Il précisait que la pleine exigibilité dans une activité adaptée avait été admise sur la base du rapport du Professeur Y. _____ du 13 avril 2005, qui était absolument catégorique sur ce point.

C. a) Le 22 avril 2009, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité qui avait notamment la teneur suivante :

« Suite aux investigations médicales que nous avons entreprises, il ressort que vous êtes en arrêt de travail depuis le 8 décembre 2003 et que vous ne pouvez plus exercer votre activité habituelle de manoeuvre.

Afin de définir l'exigibilité dans une activité adaptée qui tienne compte de vos limitations fonctionnelles vous avez bénéficié d'un stage COPAI avec droit à des indemnités journalières du 15 août au 8 septembre 2006.

Les conclusions étaient que face à des activités simples et légères telle que l'alimentation de machines-outils automatiques ou semi-automatiques, la conduite de machines-outils pourvues d'un serrage assisté, le triage-manutention de pièces petites à moyennes par exemple, votre rendement était exigible à 70%.

Suite à votre contestation, nous avons soumis le rapport du Centre Orph d'Yverdon au Service médical régional. Selon le médecin du

SMR, les limitations fonctionnelles objectives ne sauraient justifier la diminution de rendement constatée lors du stage au Centre Oroph. Il rappelle également que les limitations dont vous souffrez ne correspondent en aucun cas à une activité monomanuelle, comme le laisse entendre le médecin-conseil du Centre, le Dr. S. _____, dans son rapport médical du 11 septembre 2006.

Il paraît constant que vos limitations fonctionnelles entraînent une incapacité entière de travail dans votre ancienne activité de manoeuvre. En revanche, nous considérons qu'elles ne sauraient justifier à elles seules une diminution de rendement de 35% dans une activité légère de type industriel, de sorte que les conclusions du stage ne sont pas convaincantes. Par ailleurs, à la lecture du rapport de stage, nous constatons que d'autres pathologies, dont l'Al n'a pas à répondre, ont certainement influencé négativement les rendements constatés. Le rapport de stage précise en effet que vous avez notamment été gêné par votre embonpoint qui rendait inconfortable les positions de travail face à certaines machines-outils et limitait vos mouvements en extension et en amplitude. Des problèmes métaboliques (hypertension, diabète) sont également mentionnés ainsi qu'une fatigue et un manque de sommeil.

Au terme du stage, vous avez indiqué que vous n'étiez pas en mesure de travailler étant donné votre atteinte à la santé. De ce fait nous devons conclure par une approche théorique.

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 activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2004 (année

d'ouverture d'un éventuel droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), CHF 4'588.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, TA1; niveau de qualification 4).

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 2004 (41,6 heures La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'771.52 (CHF 4'588.00 x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 57'258.24.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, la catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 15 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 48'669.50.

Sans vos problèmes de santé, si vous aviez pu poursuivre votre activité à plein temps, vous auriez pu prétendre à un revenu mensuel brut de SFR 4'930.00 versé 13 fois l'an, soit un revenu annuel brut de SFR 63'830.00.

Vous subissez par conséquent, un préjudice économique de 23.75%.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:

sans invalidité	CHF 63'830.00
avec invalidité	CHF 48'669.50

La perte de gain s'élève à CHF 15'160.50 = un degré d'invalidité de 23.75%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Notre décision est par conséquent la suivante:

La demande est rejetée".

b) Par acte du 28 mai 2009, B._____, représenté par son conseil, Me Eduardo Redondo, a recouru contre la décision de l'OAI du 22 avril 2009, concluant à l'octroi d'une demi-rente d'une durée indéterminée dès le 1^{er} décembre 2004. Le recourant faisait grief à l'intimé de s'être écarté sans motif valable du rapport du 11 septembre 2006 du médecin-conseil de l'Oriph, concluant à un rendement diminué de l'ordre de 70% dans une activité adaptée raisonnablement exigible.

Par réponse du 10 août 2009, l'OAI a conclu à l'admission partielle du recours du 28 mai 2008 de B._____, en ce sens que le droit à une rente entière limitée dans le temps pour la période du 1^{er} décembre 2004 au 30 septembre 2005 était reconnue à l'assuré, concluant au rejet du recours pour le surplus. Il maintenait que le recourant présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Etait joint à la réponse de l'OAI, un avis médical du 5 août 2009 du Dr H._____ du SMR, selon lequel suite à l'arthrodèse du poignet subi par l'assuré, la mobilité de cette articulation était restreinte dans le sens que la flexion/extension et l'éversion/inversion étaient impossibles. En revanche, la pro supination n'était pas limitée et l'usage de la main droite n'était que marginalement concerné par une arthrodèse du poignet dans le sens qu'une diminution de force était admise sans restriction de la mobilité des doigts. Le médecin du SMR constatait également que le Dr S._____ avait justifié la diminution de rendement par les limitations intellectuelles, la maladresse et la lenteur de l'assuré ainsi que l'obésité

de celui-ci qui constituaient des facteurs extra-médicaux ou non pris en compte par l'AI s'agissant de l'obésité.

c) L'écriture de l'OAI du 10 août 2009 et l'avis médical du SMR du 5 août 2009 ont été communiqués au recourant le 13 août 2009.

Il n'y a pas eu de deuxième échange d'écritures.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir en principe celui du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. 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 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du

travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a un) recours, au besoin, aux documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

b) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et

enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

c) L'assurance-invalidité n'a pas à répondre des difficultés de l'assuré pour trouver un emploi approprié liées à des facteurs étrangers à l'invalidité – tels que des difficultés linguistiques, le manque de formation professionnelle ou l'âge. S'il est vrai que de tels facteurs jouent un rôle pour déterminer dans le cas concret les activités que l'on peut raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voir impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (ATF 107 V 21 consid. 2c; TFA I 377/98 du 28 juillet 1999, consid. 1 et les références, publié in VSI 1999 p. 247 consid. 1; TF I 1082/06 du 24 septembre 2007, consid. 2.1; TFA I 293/05 du 17 juillet 2006, consid. 2.1).

3. a) En l'espèce, est litigieux le droit du recourant à des prestations d'invalidité. Il est constant que la capacité de travail résiduelle du recourant dans son activité de manœuvre est nulle en raison de l'atteinte à sa santé. En revanche, la capacité de travail du recourant consécutivement à cette atteinte est contestée. Le recourant affirme que dans une activité adaptée, seul un rendement de l'ordre de 70% est raisonnablement exigible. Il se fonde principalement sur les avis médicaux

du Dr Q. _____ du 13 avril 2004, du Dr S. _____ du 11 septembre 2006 et de la Dresse M. _____ du 18 juillet 2008.

Pour sa part, l'intimé maintient qu'un rendement de 100% dans une activité adaptée est raisonnablement exigible, au vu des constatations médicales du médecin-conseil du SMR (rapport du 28 février 2008).

Il ressort en premier lieu des pièces médicales, soit de l'avis du Professeur Y. _____ du 13 avril 2005, que suite à l'arthrodèse subie par le recourant au mois de février 2005 et après une période de consolidation, estimée à un ou deux mois à compter du 13 avril 2005, une activité réellement adaptée à l'état de santé du recourant était exigible à 100% sans aucun doute possible. Ce médecin relevait en effet que l'arthrodèse était en voie de consolidation et le matériel bien en place, une bonne mobilité des doigts était également constatée. Quant au Dr P. _____, il admettait, également, dans son rapport du mois de novembre 2004, qu'une activité adaptée était envisageable et qu'elle pouvait être déterminée suite à une éventuelle intervention chirurgicale (arthrodèse).

A la lecture du rapport médical du 11 septembre 2006 émis par le Dr S. _____ suite au stage COPAI effectué par le recourant du 15 août 2006 au 8 septembre 2006, il apparaît que le taux de rendement diminué retenu par ce médecin dans une activité adaptée (de l'ordre de 70% au maximum) est dû à des facteurs étrangers à l'invalidité du recourant. Il est précisé, en effet, que la différence de rendement entre l'évaluation médico-théorique de la capacité de travail et l'évaluation de ladite capacité au stage COPAI est due aux limitations intellectuelles, à la maladresse et à la lenteur constatés chez le recourant, lesquelles selon la jurisprudence du Tribunal fédéral citée précédemment, ne sont pas susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité. De plus, ces facteurs ont été pris en considération dans l'évaluation de l'activité raisonnablement exigible retenue par l'intimé, soit une activité simple et répétitive dans le secteur privé (production et services).

Quant à l'obésité mentionnée par le Dr S._____, celle-ci n'est pas en soi constitutive d'invalidité. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, elle ne peut être admise que lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé ou si elle est elle-même la conséquence d'un trouble à la santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles. (TC 9C_48/2009, RCC 1984 p.359 consid. 3). Il ne ressort pas des constatations médicales que l'obésité du recourant serait source d'une atteinte incapacitante à sa santé ou qu'elle serait elle-même la conséquence d'un trouble de sa santé. Il est uniquement mentionné que l'assuré subit une gêne en raison de son obésité. En outre, ni le Dr P._____ (rapport médical du 17 novembre 2004) ni le Dr Y._____ (rapports médicaux des 26 janvier et 13 avril 2005) ne mentionne l'obésité dans leur diagnostic.

S'agissant des limitations fonctionnelles (impossibilité des mouvements de flexion/extension et d'éversion/inversion, baisse de la force dans la main), décrites par le Dr H._____ du SMR, elles ne diffèrent pas de celles retenues par le Dr S._____. La seule divergence entre ces médecins porte sur la faculté ou non du recourant d'utiliser ses deux mains pour travailler. En effet, le médecin du SMR, contrairement au Dr S._____, estime que les limitations fonctionnelles objectives ne correspondent pas à une activité monomanuelle. Quant au Dr Q._____, il évoque également des limitations relatives à l'usage en force et répétitif du poignet droit mais non de la main droite (rapport du 13 avril 2004). Ainsi, tout comme le Dr H._____ du SMR, il faut admettre que les limitations fonctionnelles objectives admises entravent certes les mouvements du poignet droit du recourant mais ne l'empêchent pas d'utiliser sa main droite pour travailler.

On relèvera finalement que les autres diagnostics (obésité, diabète, hypertension artérielle, état dépressif, poly-neuropathie périphérique) ayant un caractère incapacitant selon la Dresse M._____ (rapport du 18 juillet 2008), ne sont mentionnés, comme tels, par aucun autre praticien, en particulier, le Dr S._____ n'en a pas tenu compte,

hormis, l'obésité, dont on a vu qu'elle n'était pas prise en charge par l'assurance-invalidité.

b) Le recourant critique, en second lieu, la déduction opérée par l'intimé sur le revenu d'invalidé. Il estime que compte tenu des critères établis par la jurisprudence (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation), une réduction de 25%, soit la déduction maximale admise par le Tribunal fédéral, doit être appliquée en l'espèce (ATF 126 V 78).

Selon la jurisprudence précitée, la déduction, qui doit être effectuée globalement, résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivée par l'administration. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration

En l'espèce, le recourant est aujourd'hui âgé de 43 ans. Il est au bénéfice d'un permis d'établissement et travaille depuis de longues années en Suisse. Compte tenu de ses limitations fonctionnelles, la déduction de 15 % du revenu d'invalidé admise par l'intimé est conforme à la jurisprudence.

Au vu de ce qui précède, on retiendra à l'instar du médecin-conseil du SMR et du Dr Y._____, que le recourant présente une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dès lors que le taux d'invalidité du recourant est inférieur à 40%, c'est à juste titre que l'intimé lui a refusé une rente d'invalidité de durée indéterminée.

c) Il reste cependant à examiner le droit du recourant à une rente limitée dans le temps.

En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201). Selon cette disposition, si la

capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (ATF 125 V 413 consid. 2d ; VSI 2001 p. 274 consid. 1, et les références ; TFA du 19 octobre 2005, I 38/05).

En l'espèce, le recourant a subi une incapacité de travail totale, non contestée par l'intimé, depuis le 8 décembre 2003. Selon le rapport médical du Professeur Y. _____ du 13 avril 2005, une consolidation de l'état de santé du recourant pouvait être admise au terme d'une période de un ou deux mois à compter du 13 avril 2005. Compte tenu de la teneur de l'art. 88a al. 1 RAI, il faut admettre que le recourant a recouvré sa pleine capacité de gain au 30 septembre 2005.

4. Au vu de ce qui précède, le recours du 28 mai 2008 est partiellement admis. Le recourant se voit reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} décembre 2004 au 30 septembre 2005.

Pour le surplus, le recours est mal fondé et doit être rejeté.

5. Le recours ayant été partiellement admis, le recourant qui obtient gain de cause dans la même mesure a droit au remboursement de ses frais et dépens, qu'il convient de fixer à 1'000 fr., leur montant étant déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD). Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir d'émolument judiciaire (art. 52 LPA-VD).

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

- I. Le recours déposé le 28 mai 2009 par B._____ est partiellement admis.

- II. La décision rendue le 22 avril 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'une rentière entière d'invalidité est octroyée au recourant du 1^{er} décembre 2004 au 30 septembre 2005.

- III. L'intimé versera au recourant, B._____, la somme de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

- IV. Il n'est pas perçu de frais de justice.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Eduardo Redondo (pour B._____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière