

VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 74 vom 24. Februar 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-02-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2014__74

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 74 du 24 février 2014

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 74 del 24 febbraio 2014

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, LÉSION DE LA MAIN, ACCIDENT PROFESSIONNEL | 28 al.
2 LAI, 4 al. 1 LAI, 8 al. 1 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 24.02.2014 Arrêt / 2014 / 74

RENTE D'INVALIDITÉ, LÉSION DE LA MAIN, ACCIDENT PROFESSIONNEL | 28 al.
2 LAI, 4 al. 1 LAI, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 99/13 - 45/2014 ZD13.015303 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 24 février 2014 _____ Présidence de _____ Mme Dessaux Juges : M. Neu et Mme Rothenbacher Greffier : M. _____ Simon ***** Cause pendante entre : R. _____, à Prilly, recourant, représenté par Me Laurent Damond, avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. _____ Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI E n f a i t : A. R. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1965, titulaire d'un CFC de menuisier et de gestionnaire de vente, a été engagé en qualité de monteur de meubles auprès du service après-vente de S. _____, de la M. _____ depuis le 29 juillet 2002. Le 17 février 2005, sur son lieu de travail, l'assuré s'est perforé la main gauche avec la mèche d'une perceuse électrique en montant un meuble. Il en est résulté une plaie de la face palmaire avec lacération partielle du nerf digital et section de l'artère du 2 ème espace intermétacarpien. Il a été traité par suture primaire et ergothérapie. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA). L'assuré a repris son travail le 9 mai 2005 à 50%, son employeur modifiant son cahier des charges pour ne lui confier que des tâches administratives, respectivement des tâches ménageant sa main gauche. En raison de douleurs, sa capacité de travail a dû être ramenée à 30% dès le 4 juillet 2005. Le 11 octobre 2005, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations d'invalidité, tendant à l'octroi de mesures d'orientation professionnelle et de reclassement dans une nouvelle profession. Pour l'instruction de cette demande sur le plan médical, l'OAI s'est adressé au Dr Z. _____, spécialiste en endocrinologie-diabétologie et médecin traitant de l'assuré. Dans un rapport du 10 novembre 2005, ce médecin a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de délabrement des nerfs, des muscles et d'une artère de la main gauche par perceuse électrique le 17 février 2005, et le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de diabète insipide "central" sur "empty selle" partielle. Il a retenu une incapacité de travail de 60% depuis l'accident précité. Il a mentionné que l'état de santé s'aggravait et que l'exercice d'une autre activité, légère et épargnant la main gauche, était exigible. Sur le plan économique, dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 18 novembre 2005, la

M. _____ a indiqué que l'assuré, sans atteinte à la santé, réaliserait un revenu mensuel de 4'036 fr. depuis le 1^{er} janvier 2005. L'employeur a indiqué que l'assuré travaillait alors au taux de 40%. L'OAI s'est également adressé à la clinique chirurgicale et permanence de [...] à Lausanne. Dans un rapport du 19 janvier 2006, le Dr W. _____, médecin chef à ladite clinique, a diagnostiqué un status après section du nerf digital commun du 2^{ème} espace intermétacarpien avec section complète de l'artère digitale commune et du 2^{ème} espace intermétacarpien avec suture le 21 février 2005, et un CRPS II avec allodynie mécanique. Il a retenu une incapacité de travail de 60% depuis le 27 juillet 2005. Il a indiqué que l'assuré se plaignait de douleurs à la main gauche, qu'il était suivi en ergothérapie et prenait des anti-douleurs. L'assuré pouvait selon lui travailler à plein temps dans une activité de bureau, en étant attentif à sa main gauche, ou comme gestionnaire technique d'immeubles. En raison de la persistance de douleurs, l'assuré a consulté un ergothérapeute. Le 4 avril 2006, il a bénéficié de la part de la Dresse H. _____, chirurgienne, d'une opération consistant en une double plastie de la cicatrice sur sa main gauche et une neurolyse du nerf collatéral cubital de l'index. Le 30 mai 2006, l'assuré a consulté le Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main. Dans un rapport du 31 mai 2006, ce médecin a diagnostiqué une neuropathie et une dystrophie séquellaire de l'index gauche après lésion traumatique du nerf digital cubital de l'index gauche au niveau de la métacarpo-phalangienne. Il a relevé que l'état de la main gauche était tout à fait acceptable, conseillé de poursuivre le traitement de désensibilisation en ergothérapie et estimé que l'évolution devait être lentement favorable. Le 26 juillet 2006, l'assuré a été examiné par le Dr B. _____, médecin d'arrondissement de la CNA. Dans un rapport d'examen du même jour, ce médecin a retenu ce qui suit dans son appréciation du cas: "Actuellement, si le patient admet que l'intervention du 4.4.06 a quelque peu assoupli la paume de sa main, il souligne qu'elle n'a rien changé aux douleurs qu'il présente. [...] Par ailleurs, le patient souffre de vertiges, de nausées, de gastralgies, de céphalées et de tremblements. Il a d'ailleurs dû consulter en urgence à [...] où on a fini par l'adresser au CHUV, dont il est reparti quelques heures plus tard après un petit bilan. [...] En théorie, il pourrait bénéficier d'une stimulation médullaire. D'un autre côté, le cortège de troubles d'allure fonctionnelle qu'il présente doit faire envisager cette mesure avec une extrême prudence. Pour donner à cet éventuel traitement complémentaire toutes ses chances de réussite, je propose, à notre service administratif de reconnaître, pour le moment, à M. R. _____, une incapacité de travail de 60%, voire de 70% puisqu'il dit accumuler les heures négatives". Dans un rapport du 23 décembre 2006, le Dr D. _____, psychiatre traitant, a indiqué que l'activité de monteur de meubles exercée jusqu'à l'accident de février 2005 était gravement compromise. Du point de vue psychiatrique, il n'était pas en mesure d'en évaluer l'ampleur; il a suggéré la mise en œuvre d'un processus d'évaluation des capacités restantes. Il s'est en outre prononcé sur les capacités fonctionnelles. Dans un rapport du 17 janvier 2007, le Dr T. _____ a relevé que la mobilité, la force et la sensibilité de l'index gauche s'étaient nettement améliorées; il persistait toutefois une dystrophie, une hypoesthésie et des dysesthésies dans la pulpe de l'index dont l'évolution était particulièrement lente. Sur le plan thérapeutique, il a préconisé la poursuite du traitement médicamenteux et d'exercices de désensibilisation. Le 22 janvier 2007, l'assuré a à nouveau été examiné par le Dr B. _____, qui dans un rapport d'examen médical final du même jour a retenu notamment ce qui suit dans son appréciation du cas: "Au total, l'impression qui prévaut est toujours celle d'une sous-utilisation, plus ou moins délibérée, des deux doigts médians de la main gauche, qu'une neuropathie du nerf digital commun du 2^{ème} espace ou de ses branches, associée à

une dystrophie séquellaire de l'index, n'explique que très partiellement. A cet égard, on relèvera que les plaintes sont très atypiques pour une atteinte neurogène et pour tout dire peu crédibles, avec un patient asymptomatique au réveil, progressivement affligé de douleurs invalidantes et de symptômes d'accompagnement d'allure fonctionnelle, qui l'obligeraient, selon ses dires, à se coucher. [...] En ce qui concerne la capacité de travail, du strict point de vue somatique, il n'y a pas de raison vraiment objectivable qui empêche M. R. _____ de reprendre en plein son activité antérieure". Le 7 février 2007, la M. _____ a licencié l'assuré pour le 30 juin 2007. En raison d'une incapacité de travail pour cause de maladie, son contrat de travail a pris fin au 31 décembre 2007. Par décision du 26 mars 2007, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 janvier 2007, dès lors que du point de vue somatique une capacité de travail de 100% pouvait être retenue dans son activité antérieure. Elle lui a en outre reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5%, s'élevant à 5'340 francs. L'assuré a contesté cette décision. Dans le cadre de son litige avec la CNA, l'assuré a été examiné par le Dr X. _____, spécialiste en chirurgie plastique reconstructive et esthétique. Dans son expertise privée du 18 juin 2007, ce médecin a retenu ce qui suit: "1. Diagnostics Status après plaie palmaire de la 2^e commissure de la main gauche, avec section de l'artère digitale commune et lésion du nerf commissural. Status après suture nerveuse post-primaire. Status après algo-dystrophie de l'index, status après neurolyse du nerf collatéral cubital de l'index gauche et correction d'une cicatrice rétractile de la paume de la main gauche. 2. Influences éventuelles de circonstances extérieures à l'accident sur l'évolution du cas Il n'y a pas de littérature concluant à une influence des dérèglements endocrinologiques que présente le patient sur l'évolution de plaie de la main, en particulier sur l'apparition de syndromes douloureux, respectivement d'algo-neurodystrophies. Les autres facteurs subjectifs évoqués dans le rapport du médecin d'agence de la SUVA (situation familiale et professionnelle du patient, revendications envers l'employeur) peuvent certes influencer l'évolution du cas négativement, mais ne sont pas objectivables. On ne peut donc pas en tenir compte, ni dans l'appréciation de la capacité de travail, ni dans celle de l'atteinte de l'intégrité. 3. Taux et durée de l'incapacité de travail Il existe une différence majeure entre l'appréciation de la capacité de travail du patient (40%) et celle de la SUVA (100%). Le travail antérieur à l'accident a consisté en un travail relativement léger de menuisier, le patient ayant effectué le montage de meubles pour le service après-vente de [...]. Le patient arrive quand même à décrire de façon assez plausible les douleurs survenant sur sa main gauche, à cause de la fatigue, et qui peuvent être expliquées par les constatations objectives. [...] Cependant, il semble raisonnable d'estimer l'incapacité de travail pour une activité impliquant la dextérité et la force des 2 mains, telle que le montage de meubles à 20%, ceci à partir du 1^{er} février 2007. 4. L'assuré a-t-il recouvré sa pleine capacité de travail? Non, voir réponse à la question no 3. A ce propos, il faut noter que la capacité de travail pourrait facilement être entière pour un travail n'impliquant pas la dextérité et la force complètes de la main gauche. [...] Il ne semble guère possible que le patient puisse reprendre entièrement l'activité manuelle de menuisier pour le montage de meubles impliquant la dextérité et la force des deux mains. Comme mentionné sous le point 4., une tout autre activité ne nécessitant pas une fonction complète de la main gauche peut être exigée du patient à 100%, par exemple un travail administratif. [...] Malgré l'évolution lente, il semble impératif de continuer les efforts d'ergothérapie. Les traitements médicamenteux prescrits par le Dr Z. _____ devraient également être poursuivis. Comme le précise le Dr [...], l'on peut s'attendre sur

une durée encore indéterminée à une amélioration progressive de l'état, autant sur le plan subjectif qu'objectif. Comme le précise le Professeur U. _____, les options interventionnelles sont plutôt à exclure dans ce cas. On peut donc, même après ce délai, s'attendre encore à une légère amélioration de la fonction de la main gauche qui pourrait, à terme, également augmenter la capacité de travail pour une activité impliquant la dextérité et la force de la main gauche". Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR). Dans un rapport d'examen du 3 décembre 2007, le Dr I. _____ a retenu l'atteinte principale à la santé de syndrome douloureux de la main gauche après plaie palmaire. Il a retenu une capacité de travail de 80% (soit 100% avec une diminution de rendement de 20%) dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. Les limitations de force ont été décrites comme suit: travaux de force et travaux avec mouvements répétitifs de la main gauche. Par décision sur opposition du 7 janvier 2008, la CNA a maintenu sa position. Cette décision n'a pas été attaquée. L'assuré a bénéficié d'une évaluation professionnelle auprès de l'entreprise Y. _____ à Lonay du 23 juin au 22 août 2008. Dans un rapport du 11 septembre 2008, le Dr N. _____, médecin adjoint à l'unité d'otoneurologie du CHUV, a posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de vertiges subjectifs chroniques (inconfort du mouvement et de l'espace). Ce médecin a produit les documents médicaux suivants: - Un rapport écrit par ses soins le 19 janvier 2007, retenant les diagnostics de trouble fonctionnel de l'équilibre et de trouble anxio-dépressif. Une prise en charge de physiothérapie vestibulaire avec psychomotricité a été proposée. - Des rapports des 7 mai et 13 juillet 2007 de [...], physiothérapeute, diagnostiquant un trouble fonctionnel de l'équilibre et un trouble anxio-dépressif. Elle a fait état d'un traitement en raison de crises de vertiges. Dans un rapport du 18 septembre 2008, la Dresse C. _____, spécialiste en endocrinologie-diabétologie et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de lésion traumatique du nerf cubital de l'index gauche avec neuropathie séquellaire, de diabète insipide central et selle turcique vide, et d'état anxio-dépressif. Elle a indiqué que l'assuré était incapable de se servir de la main gauche et que la reprise d'une activité professionnelle adaptée à 40-50% au maximum était envisageable. L'assuré a bénéficié d'un stage au centre ORIF, du 2 février au 24 avril 2009, afin d'examiner ses capacités à suivre une formation de bureau. Il a par la suite enchaîné avec un stage de réadaptation dans le domaine du bureau jusqu'au 17 juillet 2009. Dans un rapport du 3 avril 2009, le Dr D. _____ a indiqué que rapidement dès le début de ce stage, le 9 février 2009, il avait été constaté que l'assuré souffrait d'une intense fatigue. Une baisse du taux d'activité à 50% avait été convenue dès le 1^{er} mars 2009. Il a suggéré la reprise d'une activité à 60% ou 70%, puis à terme à plein temps. Dans un rapport intermédiaire du 22 avril 2009, l'OAI a indiqué qu'une mise au courant et un entraînement au travail dans le domaine commercial durant une durée de 9 à 12 mois devaient suffire pour que l'assuré retrouve une pleine capacité de gain. La prise en charge d'une préformation dans le domaine bureautique a été préconisée, avec une augmentation du temps de présence jusqu'à 100% au mois de juillet 2009. Dans un projet de décision du 22 juillet 2009, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à une rente. Il a retenu que l'assuré présentait une capacité de travail de 80% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. L'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 0%. Le 14 septembre 2009, l'assuré a formé ses objections à l'encontre de ce projet de décision, en expliquant que les affections dont il souffre ne concernent pas que l'accident dont il a été victime le 17 février 2005 et en demandant une appréciation globale de son incapacité de travail. Dans un rapport du 14 septembre 2009, la Dresse C. _____ a indiqué que l'assuré

présentait une pathologie hypophysaire (syndrome de la selle turcique vide), à l'origine d'un diabète insipide. Elle a estimé que l'assuré présentait une incapacité de travail de 50%. A compter du 1^{er} juin 2010 et pour une durée indéterminée, l'assuré a été engagé par la direction générale de l'enseignement obligatoire de l'Etat de Vaud en tant que gestionnaire en logistique dans un établissement scolaire, au taux de 20%, pour un revenu annuel de 12'909 fr. 40. A la demande de l'OAI, l'assuré a été soumis à un examen médical par le Dr K._____, spécialiste en endocrinologie et médecine interne. Dans son expertise du 13 juillet 2010, ce médecin a posé les diagnostics de selle turcique vide, de diabète insipide idiopathique diagnostiqué en 1971, d'hypogonadisme hypogonadotrophique, de déficit partiel en hormone de croissance, de suspicion d'insuffisance surrénalienne secondaire, de douleurs résiduelles de l'index et majeur de la main gauche post traumatique, de céphalées et d'état anxio-dépressif. Dans son appréciation du cas, il a retenu notamment ce qui suit: "1. Limitations en relation avec les troubles constatés Le diabète insipide traité et bien contrôlé ne représente pas une cause d'invalidité. Il est toutefois important que le patient évite tout surdosage du Minirin dont la conséquence est une baisse de la natrémie par hémodilution pouvant être responsable de troubles atypiques tels que vertiges, faiblesse et céphalées. Le déficit en gonadotrophine est connu pour créer des troubles proches, bien que de moindre intensité, que ceux présentés par le patient. Sous substitution adéquate, ceux-ci disparaissent (cf. Chapitre C). Le déficit en hormone de croissance crée un ensemble de symptômes aspécifiques pouvant rendre compte d'une large part de la problématique présentée par le patient. Tant qu'une substitution adéquate n'aura pas été instaurée, il n'est pas possible de juger la part prise par ce déficit sur la capacité de travail. De plus, l'évaluation d'un éventuel état dépressif et son pronostic est délicat en présence d'un déficit en hormone de croissance. Par contre, au vu du résultat de l'hypoglycémie provoquée demandée dans le cadre de cette expertise, on ne peut retenir actuellement une insuffisance surrénalienne comme cause à une diminution de la capacité de travail. 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici Les déficits en hormone de croissance créent une perte de la capacité de travail très variable d'un sujet à l'autre. Certaines personnes n'ont aucun trouble alors que d'autres vont développer une baisse de leur capacité pouvant atteindre 50%. Seule une réévaluation après substitution permettra de décider de l'impact de cette affection sur la capacité de travail. Selon la réponse au traitement, on pourrait admettre une potentielle atteinte à la capacité de travail depuis 2005, date de la constatation d'une hormone de croissance basse. A noter qu'un traumatisme crânien ayant eu lieu en 1998, il est possible que le déficit se soit installé dans les années suivantes mais nous n'avons aucun élément permettant de confirmer ou non cette hypothèse. Le diabète insipide traité peut entraîner une discrète diminution de la capacité de travail mais certainement inférieure à 20%. C. Influences sur la réadaptation professionnelle 1. Des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas à envisager dans la mesure où, d'une part elles ont déjà été entreprises sans succès et d'autre part la fatigabilité présentée par M. R._____ n'est pas dépendante du type d'activité mais possiblement d'un déficit en hormone de croissance. 2. Un traitement d'épreuve par hormone de croissance recombinante doit être effectué et devrait être poursuivi au moins pendant 3 mois et idéalement pendant 6 mois. Une évaluation attentive des symptômes et de la capacité de travail doit être faite pendant cette période afin que puisse être précisé le rôle du déficit partiel en hormone de croissance. Durant la période sous hormone de croissance recombinante, la fonction surrénalienne devra également être réévaluée. On peut espérer une pleine récupération de la capacité de travail sous substitution et en cas de non réponse thérapeutique, la responsabilité du déficit

en hormone de croissance dans les symptômes présentés par le patient pourra être raisonnablement écartée". Dans un avis médical du SMR du 30 août 2010, les Drs P._____ et Q._____ ont indiqué que le traitement par hormone de croissance recombinante, préconisé par l'expert, était médicalement exigible. Il convenait de réévaluer la situation six mois après l'instauration de ce traitement. Dans un rapport du 24 juin 2011, la Dresse C._____ a relevé que vu l'absence de réponse au traitement substitutif d'hormone de croissance, ce traitement avait été arrêté. Le pronostic d'amélioration de l'état général était nul, l'incapacité de travail étant de 60% depuis 2005. Comme limitation fonctionnelle, l'assuré présentait une fatigabilité accrue, une limitation de la concentration et une incapacité à utiliser complètement sa main gauche. L'activité exercée était encore exigible à environ 40%, sans diminution de rendement pour autant que l'assuré pût aménager ses heures de travail. Suite à une demande de renseignements du Dr P._____ du SMR, le Dr K._____ a relevé ce qui suit dans un rapport du 22 juillet 2011: "A mon sens, il faut bien admettre que l'hypopituitarisme présenté par le patient est responsable du syndrome de fatigue chronique présenté par l'assuré. En prenant comme référence les patients souffrant de même déficit, on peut admettre une capacité de travail réduite à 50% et ceci dès décembre 2005, date à laquelle il a été possible pour la première fois de mettre en évidence une IGF-1 à la limite inférieure de la norme". Dans un avis médical du 8 août 2011 du SMR, le Dr P._____ s'est rallié à l'avis de l'expert, en ajoutant que l'incapacité de travail de 50% depuis décembre 2005 s'entendait dans une activité adaptée aux limitations liées au syndrome douloureux de la main gauche ainsi que dans toute autre activité adaptée. Lors d'un entretien avec un collaborateur de l'OAI le 31 octobre 2011, l'assuré a été informé que ledit office lui reconnaissait une capacité de travail de 50%. Il a évoqué la possibilité d'augmenter son taux d'activité en obtenant éventuellement un poste similaire dans une autre école plutôt axé sur l'administratif, ce dont il devait discuter avec sa direction. Il a précisé qu'il ne s'opposait pas à des mesures d'ordre professionnel mais qu'il craignait de perdre son emploi de gestionnaire en logistique pour l'Etat de Vaud. Dans un rapport final du 3 mai 2012, le service de réadaptation de l'OAI a indiqué que l'assuré aurait pu se former dans des métiers de cuisiniste pour un salaire entre 5'000 et 6'000 fr., assistant de bureau pour un revenu annuel minimal de 57'220 fr., vendeur dans le domaine manuel pour un salaire entre 4'000 et 4'500 fr. ou vendeur de machines à bois pour un salaire de 4'500 francs. Sur cette base, il a retenu que l'assuré pouvait obtenir un revenu d'invalidé de 33'008 fr. 75 pour un taux de 50%. En tant que gestionnaire de vente, l'assuré pouvait en outre percevoir pour 2012 un revenu sans invalidité de 57'220 fr. 52. Dans une communication interne du 22 juin 2012, sur la base du salaire réalisé en dernier lieu auprès de S._____, l'OAI a retenu un revenu sans invalidité de 53'097 fr. en 2006. Il a également retenu un revenu d'invalidé de 30'203 fr. 20 pour 2006, soit le salaire pour 2012 indexé inversement. Dans un projet d'acceptation de rente du 2 août 2012, annulant le projet du 22 juillet 2009, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui reconnaître le droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2006. Il a rappelé son projet de décision initial, notamment que l'assuré, en raison de son accident, présentait une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 20% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles consistant en l'abstention de travaux de force et de travaux avec mouvements répétitifs de la main gauche. L'OAI a ensuite constaté qu'après instruction médicale complémentaire, il était apparu que l'assuré présentait en outre, sur le plan endocrinologique, une incapacité de travail de 50% depuis décembre 2005 dans toute activité. Sur la base d'un revenu sans invalidité de 53'097 fr. pour

2006 auprès de S. _____ et d'un revenu d'invalidité de 30'203 fr. pour 2006 à un taux de 50%, l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 43.11%. Les 10 septembre et 31 octobre 2012, l'assuré a contesté ce projet d'acceptation de rente, en faisant valoir qu'il souffrait d'une hyponatrémie, qui l'empêchait d'exercer une quelconque activité lucrative. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité d'un montant supérieur à 50%. L'OAI a interpellé la Dresse C. _____, qui a relevé ce qui suit dans un rapport du 7 janvier 2013: "La situation médicale du patient susnommé ne s'est pas modifiée par rapport à mon dernier rapport datant de 2011. En juillet 2012, il a eu un déséquilibre de son diabète insipide avec une hyponatrémie sévère qui a nécessité une hospitalisation. Cet épisode a eu comme conséquence des vertiges et une importante fatigue qui peu à peu se sont amendés. Le bilan électrolytique s'est normalisé avec un traitement adéquat". Par décision du 25 février 2013, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à un quart de rente à compter du 1^{er} décembre 2006, pour les mêmes motifs que ceux exposés dans son projet d'acceptation de rente. B. Par acte du 12 avril 2013 de son mandataire, R. _____ a recouru contre cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et a conclu préalablement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, principalement à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité et subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire. L'assuré soutient qu'il souffre de nombreux troubles de santé, soit des douleurs à la main gauche résultant de son accident, des problèmes endocrinologiques et hyponatrémiques ainsi que des affections psychiatriques. Il convient donc de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire pour apprécier sa capacité de travail. Au vu de son incapacité de travailler sur une journée entière, il conteste le calcul de l'invalidité effectué par l'OAI. Subsidiairement, en l'absence d'instruction médicale, il demande le réexamen de son revenu d'invalidité, dès lors que les salaires retenus par l'OAI ne sont pas réalistes. Il soutient que le revenu qu'il pourrait réaliser n'excède pas 26'000 fr., ce qui aboutit à un degré d'invalidité de 51% et donc au droit à une demi-rente. Dans sa réponse du 5 juin 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il soutient qu'aucun élément médical objectif n'a été ignoré dans le cadre de l'instruction. Sur le plan économique, en tenant compte d'un salaire mensuel de 4'000 à 4'500 fr. selon le rapport de son service de réadaptation du 3 mai 2012, l'OAI soutient que le revenu d'invalidité se monte à 27'625 fr., ce qui conduit à un degré d'invalidité de 48%. Dans ses déterminations du 14 août 2013, le recourant a confirmé ses conclusions, en faisant valoir que son état de santé n'avait pas évolué. 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. En

l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité d'un montant supérieur à un quart de rente. 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 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. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur au 1^{er} janvier 2004, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, et art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008). b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine; 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 131 V 49 consid. 1.2; 130 V 396 consid. 6). c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_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). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes 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. 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 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c). Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids

aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références citées; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). d) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1). En règle générale, la comparaison des revenus doit se faire de telle manière que les deux revenus soient chiffrés le plus exactement possible de telle sorte que la différence résultant de leur mise en parallèle permette de déterminer le degré d'invalidité (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle, 2011, n° 2077). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222 et les références citées). Lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives; une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent peut aussi suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100%, tandis que le revenu d'invalide est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 310 consid. 3a; TF 9C_267/2012 du 26 novembre 2012 consid. 3.1). Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en règle générale en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible – le revenu d'invalide peut être évalué, notamment, sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 3.2). 4. a) Dans le cas présent, sur le plan médical, le recourant soutient qu'il présente plusieurs atteintes à la santé et réclame la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire pour apprécier sa capacité de travail. Sur le plan orthopédique, en raison de l'accident du 17 février 2005, le Dr X. _____ a estimé l'incapacité de travail pour une activité impliquant la dextérité et la force des deux mains, telle que le montage de meubles, à 20% depuis le 1^{er} février 2007. Il a ajouté que toute autre activité ne nécessitant pas une fonction complète de la main gauche pouvait être exigée du patient à 100%. Ces conclusions ont été reprises par le Dr I. _____ (rapport d'examen du SMR du 3 décembre 2007). Il convient donc de

retenir qu'ensuite et en raison des seules conséquences de l'accident du 17 février 2005, l'assuré présente une capacité de travail de 80% dans l'activité professionnelle antérieure et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce qui n'est d'ailleurs pas contesté. Sur le plan endocrinologique, l'assuré a été soumis à une expertise effectuée par le Dr K._____. Ce spécialiste a notamment retenu que le déficit en hormone de croissance pouvait entraîner une perte de capacité de travail variable d'un sujet à un autre jusqu'à atteindre 50% et conseillé la mise en place d'un traitement – par hormone de croissance recombinante pendant une durée de 3 à 6 mois – avant de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré. Quant au diabète insipide traité, il pouvait entraîner une discrète diminution de la capacité de travail, mais certainement inférieure à 20%. Ensuite du constat d'échec de ce traitement, le Dr K._____ a rappelé que l'hypopituitarisme était responsable du syndrome de fatigue chronique et considéré que l'assuré présentait une capacité de travail réduite à 50% dès décembre 2005, date à laquelle il avait été possible pour la première fois de mettre en évidence une IGF-1 à la limite inférieure de la norme (rapport du 22 juillet 2011). Le SMR s'est rallié à cette conclusion (avis médical du 8 août 2011 du Dr P._____). Pour sa part, la Dresse C._____ a retenu une incapacité de travail à 60% sans diminution de rendement depuis 2005 (rapport du 24 juin 2011), mais sans motiver son avis ni sans expliquer les raisons pour lesquelles elle s'écarte de l'avis de l'expert, dont elle ne conteste pas les conclusions quant aux diagnostics. Son avis apparaît en outre contradictoire étant donné qu'elle avait d'abord estimé l'incapacité de travail à 50% (rapport du 14 septembre 2009) et qu'on ignore quels sont les éléments cliniques qui selon elle fonderaient une augmentation de 10% de l'incapacité de travail depuis lors. A cela s'ajoute que son avis, en tant que médecin traitant endocrinologue de l'assuré, doit être apprécié avec les réserves d'usage. Dès lors, il y a lieu de suivre les conclusions de l'expert K._____, qui sont au demeurant reprises par le SMR. S'agissant plus spécifiquement du déséquilibre du diabète insipide survenu en juillet 2012, la Dresse C._____ (rapport du 7 janvier 2013) a signalé que les symptômes de vertiges et d'importante fatigue s'étaient peu à peu amendés. Elle a en outre précisé que le bilan électrolytique s'était normalisé avec un traitement adéquat et n'a pas fait état d'incapacité de travail. Il convient donc de retenir que cette atteinte est sans incidence sur la capacité de travail. Enfin, à aucun moment le Dr D._____ n'a fait état d'un trouble psychiatrique influant sur la capacité de travail. En effet, ce spécialiste a d'abord relevé ne pas être en mesure d'évaluer l'ampleur d'une éventuelle incapacité de travail (rapport du 23 décembre 2006), avant de simplement faire état d'une baisse du taux d'activité concernant le stage à l'ORIF (rapport du 3 avril 2009). Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de compléter l'instruction par le biais d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, de par le principe de l'appréciation anticipée des preuves, 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 (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008). En outre, il appartient aux parties, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, d'apporter les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références citées; TF 9C_978/2010 du 14 avril 2011 consid. 4.1). b) Cela étant, il y a lieu de retenir que le

recourant présente, en raison de l'hypopituitarisme entraînant un syndrome de fatigue chronique, une incapacité de travail de 50% dans toute activité dès décembre 2005. L'atteinte à la main gauche entraîne quant à elle une incapacité de travail de 20% dans l'activité habituelle mais n'empêche pas l'exercice à 100% d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (travaux de force et travaux avec mouvements répétitifs de la main gauche). En l'espèce, il convient de considérer que l'incapacité de travail à 20% dans l'activité habituelle découlant de l'atteinte à la main gauche, dont on rappellera qu'elle consiste en une diminution de rendement de 20% dans une activité à 100%, ne saurait s'additionner à l'incapacité de travail à 50% résultant de l'hypopituitarisme. Bien au contraire, elle s'efface devant celle-ci, respectivement est absorbée par celle-ci. L'incapacité de travail du recourant étant de 50% dans son ancienne activité comme dans toute autre activité, le revenu qu'il pourrait obtenir en mettant à profit sa capacité résiduelle de travail correspond à une incapacité de gain de 50% (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 310 consid. 3a p. 313; 104 V 135 consid. 2b p. 136 s.). Ainsi, l'incapacité de travail de l'intéressé se confond avec son incapacité de gain, de sorte que le taux d'invalidité pouvait être fixé sans analyse économique. Il convient donc d'admettre que le recourant présente un taux d'invalidité de 50% dès décembre 2005, lui donnant droit à une demi-rente dès décembre 2006. c) En définitive, le recours doit être admis et la décision querellée réformée, en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} décembre 2006. Il appartiendra à l'intimé de calculer le montant de la rente due. 5. Vu le sort du recours, l'assuré, ayant procédé avec l'assistance d'un mandataire autorisé, peut se voir accorder des dépens, qu'il convient de fixer à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Succombant, l'office intimé supportera les frais judiciaires arrêtés à 400 fr., conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 25 février 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que R._____ a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2006. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud devra verser à R._____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Laurent Damond, avocat à Lausanne (pour R._____) ■ 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). Le greffier :