

VD_GERICHTE ZD13.020321 vom 25. August 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-08-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.020321

FR: VD_GERICHTE ZD13.020321 du 25 août 2015

IT: VD_GERICHTE ZD13.020321 del 25 agosto 2015

Erwägungen

E. 10

% sur le revenu d'invalidé est justifié. Le revenu d'invalidé s'élève ainsi à CHF 55'598.51. Pour évaluer votre perte de gain et donc votre degré d'invalidité, ce montant doit être comparé au revenu qui serait actuellement le vôtre si vous aviez poursuivi votre activité de cuisinier, soit un revenu annuel brut de CHF 49'400.- à 100 %. Il ressort de cette comparaison des gains avant et après invalidité que vous êtes actuellement en mesure de retrouver une capacité de gain au moins égale à celle qui serait la vôtre sans invalidité. Au vu de ce qui précède, nous constatons que vous ne subissez pas de préjudice économique lié à votre atteinte à la santé et ce depuis le 31 mai 2012. Toutefois, vous auriez ainsi eu droit à une rente limitée dans le temps du 1er juillet 2011 au 31 août 2012, soit 3 mois après votre capacité de travail exigible à 100 % depuis le 31 mai 2012 (rente entière du 01.07.2011 au 30.11.2011, puis demi-rente du 01.12.2011 au 31.01.2012, puis rente entière du 01.02.2012 au 31.08.2012). Or, vous avez déposé votre demande de prestations AI le 6 septembre 2011 seulement. En application de l'article 29 LAI précité, le droit à la rente prend naissance au plus tôt six mois après le dépôt de la demande, en l'occurrence au 1er mars 2012. Notre décision est par conséquent la suivante : • Dès le 1er mars 2012, le droit à la rente entière vous est reconnu et ce jusqu'au 31 août 2012, soit 3 mois après votre capacité de travail exigible à 100 %.

- 13 - (...)" Le 15 août 2012, le Dr H. _____ a examiné une nouvelle fois l'assuré et a rendu un rapport à l'intention de la CNA avec l'appréciation suivante : "(...) Status après AVP, à basse vitesse, le 01.12.2009 ayant entraîné des douleurs cervicales dorso-lombaires et thoraciques. Status après AVP le 22.07.2010 avec fracture métaphyso-épiphysaire distale du radius G intra-articulaire, traitée par ostéosynthèse (AMO du pouce G le 02.11.2010) et compliquée par une rupture post-traumatique du long extenseur du pouce G. Cette rupture a été traitée par transfert de l'extenseur propre de l'index G sur le long extenseur du pouce G (le 13.03.2011) puis révision du transfert de cet extenseur propre de l'index avec ténolyse et raccourcissement du tendon le 21.11.2011. La situation est actuellement stabilisée. Subjectivement, le patient se plaint de douleurs évaluées entre 2-3/19 au niveau de la partie supérieure de l'hémi-thorax G, de constantes cervicalgies et dorso-lombalgies, l'obligeant à changer de position après une quinzaine de minutes en position statique et d'une sensation de chaleur constante au niveau de la partie distale de la face dorso-radiale de son avant-bras G avec intenses douleurs à la moindre mobilisation du pouce G et douleurs moins intenses à la mobilisation des autres doigts de la main G. La nuit, le patient serait régulièrement réveillé par des douleurs, un gonflement et une chaleur au niveau de la face dorso-radiale de la partie distale de son avant-bras G. Objectivement, à l'examen clinique, douleurs à la palpation de tout le rachis avec douleurs plus importantes à la palpation du rachis cervical et de la région dorsale basse avec douleurs similaires à la

palpation de la musculature para-vertébrale. Douleurs en fin d'extension et d'inclinaison de la nuque, douleurs lombaires au relèvement de la flexion globale antérieure, douleurs à la palpation douce de la partie supérieure de l'hémi-thorax G, douleurs à l'effleurement de la cicatrice au niveau de la face dorsale du premier métacarpien G et à la palpation de tout le poignet et de la main G, douleurs à la moindre mobilisation du pouce G et, dans une moindre mesure, à la mobilisation des autres doigts de la main G avec comme seule limitation fonctionnelle, un très léger déficit d'extension active de l'articulation méta-carpo-phalangienne et de l'articulation inter-phalangienne du pouce G. Très légère amyotrophie du MSG (- 1 cm chez un patient droitier) et sensibilité à l'effleurement du MSG décrite comme étant différente que celle du MSD. Du point de vue radiologique, les RX du thorax, de la colonne cervicale, dorsale et lombaire effectuées en 2010, mettaient en évidence des lésions dégénératives au niveau du rachis et

- 14 - démontraient que l'accident du 01.12.2009 n'avait entraîné aucune lésion structurelle. Les RX du poignet G du 14.05.2012 montraient quant à elles des rapports articulaires conservés, sans développement de la moindre arthrose post-traumatique. Les douleurs rachidiennes que présente le patient n'ont plus de lien de causalité pour le moins probable ni avec l'accident du 01.12.2009 ni avec l'accident du 22.07.2010, ces accidents n'ayant entraîné aucune lésion structurelle au niveau du rachis, le status quo sine est depuis longtemps atteint. Les douleurs de la partie supérieure de l'hémi-thorax G que présente le patient ne semblent pouvoir être dans un rapport de causalité pour le moins probable avec un accident, à basse vitesse, sans lésion structurelle et datant de plus de 2 ans et demi. Quoiqu'il en soit, cette symptomatologie douloureuse ne justifie aucune limitation fonctionnelle particulière. Les douleurs que ressent le patient au niveau de la face dorso-radiale de son avant-bras G sont elles, probablement, en relation avec la fracture métaphyso-épiphysaire distale du radius G intra-articulaire. Ces douleurs rendent l'activité de cuisinier inexigible. Le patient a, par contre, une exigibilité totale dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges répété de plus de 15 kg, pas de mouvement répétitif et de mouvement répétitif du poignet G et pas d'effort répétitif du pouce G correspondant à une force de plus de 2,5 kg. Reste à la charge de la Suva, le traitement antalgique du poignet G. Les douleurs, sans arthrose ni importante limitation des amplitudes articulaires au niveau de l'extrémité du MSG n'ouvrent le droit à aucune IPAI. (...) Par courrier à l'OAI du 14 septembre 2012, l'assuré – alors assisté de l'avocat Eduardo Redondo – s'est opposé au projet d'acceptation de rente du 17 juillet 2012, faisant valoir que les éléments médicaux de son dossier laissaient apparaître une capacité de travail qui n'était pas supérieure à 50%, y compris dans une activité adaptée. Par lettre du 10 octobre 2012, l'assuré – agissant pour l'occasion en personne – a renoncé à l'aide au placement et requis l'abandon de cette mesure, exposant ne pas se sentir apte à prendre une activité professionnelle en raison de son état de santé.

- 15 - Par décision du 15 octobre 2012, la CNA a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 novembre 2012, au motif que l'état de santé de l'assuré s'était notablement amélioré. Indiquant que les douleurs rachidiennes et celles de la partie supérieure de l'hémi-thorax gauche n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 22 juillet 2010, elle a cependant maintenu la prise en charge du traitement antalgique pour les séquelles à l'avant-bras gauche. Elle a finalement refusé de verser des prestations supplémentaires, en particulier une rente d'invalidité et une indemnité pour atteinte à l'intégrité, au motif que l'assuré ne présentait pas de handicap important ni de

perte de gain due à l'accident. Dans un rapport du 22 octobre 2012, le Dr C. _____ a indiqué qu'il ne disposait pas d'éléments permettant de contester l'exigibilité à 100% d'une activité adaptée depuis le 31 mai 2012, le patient se plaignant toutefois du poignet gauche, sans que cette situation ne soit d'ordre chirurgical. Le 5 novembre 2012, le Dr Q. _____, spécialiste en rhumatologie, a adressé au Dr P. _____ un rapport notamment libellé comme suit : "(...) Diagnostics • Douleurs résiduelles et limitation de la mobilité du poignet gauche dans le contexte d'un probable syndrome douloureux régional complexe. • Status post-fracture métaphyso-épiphysaire distale du radius gauche intra-articulaire avec bascule postérieure le 22.07.2010, traitée initialement par mise en place de 3 broches le 23.07.2010. Ablation du matériel d'ostéosynthèse le 02.11.2010. • Status post-chirurgie de transfert du tendon de l'extenseur propre de l'index pour pallier à la rupture du long extenseur du pouce gauche, opération du 16.03.2011. • Status post-révision chirurgicale, ténolyse du long extenseur du pouce gauche le 20.11.2011. • Dorso-lombalgies chroniques dans le contexte d'atteinte de spondylose et d'in spondylolisthésis de L5 sur S1 de degré 1. • Status post-accident de voiture 01.12.2009 avec pour conséquence des contusions thoraciques et cervico-dorsales. • Tabagisme chronique. • Possibles troubles de l'adaptation face à des situations de stress. (...)

- 16 - Appréciation : X. _____ présente des douleurs résiduelles du bord radial de la main gauche dans le contexte post-fracture métaphyso-épiphysaire distale du radius gauche et d'un état post-deux chirurgies successives, de transfert du tendon de l'extenseur propre de l'index pour corriger la rupture du long extenseur du pouce et de ténolyse du long extenseur du pouce. Les douleurs résiduelles sont décrites comme permanentes et associées à un manque de force de la main gauche, ce qui entraîne des difficultés de préhension et l'impossibilité d'effectuer des activités bi-manuelles en force. Le patient a déjà bénéficié d'un séjour à W. _____, néanmoins les thérapies appliquées n'ont pas permis d'apporter d'amélioration tant subjectivement qu'objectivement. Face à la situation actuelle, les propositions thérapeutiques sont limitées, néanmoins, il paraît indiqué de reprendre les séances d'ergothérapie pour tenter d'améliorer les fonctions manuelles. A titre symptomatique, j'ai adjoint une médication de Prégabaline : Lyrica à une faible dose de 50 mg en prise vespérale, ainsi que l'application d'AINS topique. L'évolution devra être suivie et en cas de persistance des symptômes, il faudra éventuellement envisager de renouveler l'Imagerie par Résonance Magnétique, soit de demander une scintigraphie osseuse afin de déterminer s'il existe éventuellement un syndrome régional douloureux complexe résiduel sous-jacent. (...)" Le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) s'est prononcé le 20 novembre 2012 sur la situation de l'assuré par les Drs R. _____ et G. _____, qui ont relevé que les constatations du Dr Q. _____ recouvraient celles faites par les médecins de la W. _____ au mois de mai 2012. Diverses limitations fonctionnelles (douleurs de la main gauche, manque de force de la main gauche, difficultés de préhension et impossibilité d'effectuer des activités bimanuelles de force) avaient été retenues. L'assuré étant toutefois droitier, il n'y avait ni aggravation, ni fait nouveau depuis que les médecins de la W. _____ s'étaient prononcés.. A la suite de cet avis, la Division de réadaptation de l'OAI a établi le 15 mars 2013 une note de suivi dans laquelle elle a exposé que les professions de surveillant de parking, concierge – cette activité concernant surtout la maintenance technique et l'entretien dans de grandes structures avec un travail en équipe – ou gestionnaire de stock étaient adaptées aux limitations fonctionnelles retenues.

- 17 - Par deux décisions distinctes du 9 avril 2013, envoyées pour notification le lendemain par courrier "B", l'OAI a confirmé le refus de reclassement et l'octroi d'une rente entière pour la période du 1er mars au 31 août 2012, reprenant intégralement les motifs de ses projets du 17 juillet 2012. C. Par acte du 13 mai 2013, X. _____, représenté par Me Redondo, a interjeté recours contre la décision de refus de reclassement, concluant à son annulation et la mise en œuvre par l'intimé d'une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Indiquant que son droit à une rente, voire à des mesures de réadaptation, restait litigieux, le recourant a en substance fait valoir qu'il n'avait été soumis à aucun examen externe ni à aucune expertise quant à sa capacité de travail. Selon lui, les renseignements médicaux au dossier ne permettaient pas de déterminer avec précision quelles activités professionnelles étaient compatibles avec son état de santé, alors qu'il était touché par des atteintes complexes et variées. Il a reproché à l'intimé de n'avoir pas examiné son état de santé dans sa globalité, mais de s'être uniquement concentré sur la limitation de la mobilité de son poignet gauche. Répondant le 13 juin 2013, l'intimé a proposé le rejet du recours, se référant aux conclusions du rapport de la W. _____ du 11 juin 2012. Par décision du 14 mai 2013 (AJ13.019830), le Juge instructeur a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire au recourant, l'exonérant de toute franchise mensuelle, et désigné Me Redondo en qualité de conseil d'office. Dans sa réplique du 8 juillet 2013, le recourant a confirmé ses conclusions et requis, à titre de mesure d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il s'est déterminé une nouvelle fois dans ce sens le 8 janvier 2015, produisant un rapport du Prof. K. _____,

- 18 - spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique ainsi qu'en chirurgie de la main, du 25 novembre 2014, libellé comme suit : "(...) J'ai ré-examiné à ma consultation du 2 novembre ct votre client susnommé. La situation reste stable avec des douleurs mal expliquées au niveau du pouce et du poignet pour lesquelles je n'ai plus de traitement à proposer. Par ce courrier, je vous propose de demander une expertise médicale qui permettrait de déterminer l'incapacité de travail du patient ainsi que ses droits. (...)". L'intimé a dupliqué le 28 janvier 2015, soutenant que la pièce produite par le recourant n'apportait aucun élément nouveau et maintenant sa position. Par décision du 20 mai 2015, le Juge instructeur a relevé Me Redondo de sa fonction et a désigné Me Alain Pichard en qualité de nouveau conseil d'office. Le Juge instructeur a fixé l'indemnité de conseil d'office de Me Redondo, complétée par prononcé du 26 mai 2015. E n d r o i t : 1. a) Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959; RS 831.20]). b) Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA) devant le tribunal du domicile de l'office concerné (art. 69 al. 1 let. a LAI), qui statue en instance unique (art. 57 LPGA). Dans le canton de Vaud, cette compétence échoit à la Cour des assurances sociales du

- 19 - Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD [loi vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008; RSV 173.36]). c) L'acte de recours, qui doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions (art. 61 let. b LPGA), doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon

le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 60 al. 2 cum art. 38 al. 3 LPGA). En l'espèce, la décision litigieuse a été envoyée le mercredi 10 avril 2013 et a ainsi été reçue au plus tôt le lendemain. Le délai de recours a ainsi couru dès le 12 avril 2013 au plus tôt pour échoir le samedi 11 mai 2013, reporté au lundi 13 mai 2013. Déposé à cette dernière date, le recours – qui remplit les conditions légales de forme – est ainsi recevable. 2. Est en l'espèce litigieux le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité, en particulier à des mesures d'orientation professionnelle. 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; art. 4 al. 1 LAI). Dans tous les cas d'atteintes à la santé, il n'appartient en aucune façon au seul médecin consulté (à titre d'expert) dans le cas concret de décider lui-même, de manière définitive et liant l'organe d'exécution (administration, tribunal), si l'affection constatée médicalement conduit à une incapacité (durable ou provisoire) de travail (de durée et de forme déterminées). La notion d'incapacité de travail est en effet une notion juridique (art. 6 LPGA; pour un exposé plus détaillé cf. ATF 140 V 193 consid. 3.1). Le rôle du médecin (en sa qualité d'expert)

- 20 - est avant tout d'évaluer l'état de santé et, au besoin, de décrire son évolution au cours du temps, savoir de rendre compte des résultats obtenus au moyen d'un examen médical approprié et en tenant compte des plaintes subjectives et, sur cette base, de poser un diagnostic. Ce faisant, l'expert remplit sa fonction propre, pour laquelle l'administration, ou en cas de litige le tribunal, ne sont pas compétents. Pour l'appréciation des conséquences des atteintes à la santé constatée sur la capacité de travail, le médecin n'a en revanche pas de compétence de jugement définitif. Il prend au contraire position quant à l'incapacité de travail, ce qui signifie qu'il donne une estimation, qu'il motive de son point de vue de façon aussi possible que possible. Finalement, les données médicales sont un fondement important pour apprécier la question juridique de savoir quelles activités professionnelles peuvent encore être exigées de la personne. Au besoin il faut, en complément des documents médicaux, mettre en œuvre, pour la détermination de la capacité résiduelle de travail, les personnes qualifiées en matière d'intégration et de conseil professionnel (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et réf. cit.). b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qu'il est encore invalide à 40% au moins au terme de cette année (let. c). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, à raison d'un quart de rente dès 40%, d'une demi-rente dès 50%, de trois quarts de rente des 60% et d'une rente entière dès 70% (art. 28 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est évaluée par une comparaison des revenus sans invalidité et d'invalide (cf. art. 16 LPGA). Lorsque l'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on

- 21 - prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors, le cas échéant, en l'adaptant au renchérissement et à l'évolution générale des salaires réels (TF 8C_516/2013 du 14 avril 2014 consid. 3.2 et les arrêts cités). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas en l'absence de renseignements quant à

la dernière activité professionnelle de l'assuré (TF U 243/99 du 23 mai 2000 consid. 2b; TF 9C_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2), ou si son dernier salaire ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage (TFA I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et réf. cit.) ou rencontrait des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé (RCC 1985 p. 662). On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C_416/2010 du 26 janvier 2011 consid. 3.2; pour le tout cf. TFA B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Le revenu statistique auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau 4 de qualification) s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (TF 9C_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3 et réf. cit.).

- 22 - c) L'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (art. 17 al. 1 LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé, le seuil minimum pour ouvrir droit à une mesure de reclassement étant une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3; ATF 130 V 488 consid. 4.2 et réf. cit.). d) Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu (ATF 132 V 393 consid. 2.1); il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a; pour le tout TF 9C_398/2014 du 27 août 2014). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il faut 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 de 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; ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). 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

- 23 - 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). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_359/2009 du 26 mars 2010 consid. 4.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 et réf. cit.). 4. a) Dans le cas d'espèce, le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir pris en compte son état de santé global, mais de s'être restreint à la problématique de la mobilité de son poignet gauche. On relèvera d'abord que la CNA a constaté, par décision du 6 avril 2011, que le recourant ne présentait plus d'incapacité de travail subséquente à l'accident du 1er décembre 2009 (cf. ég. rapport du Dr M. _____ du 6 mai 2010). Les constatations faites lors du premier séjour de l'intéressé à la W. _____ du 9 novembre au 6 décembre 2010 vont dans le même sens (cf. rapport du 8 février 2011). En effet, la seule suite résiduelle de l'accident constatée était une neuropathie d'enclavement du nerf médian gauche au tunnel carpien, causant uniquement un engourdissement digital jugé non gênant. D'autres affections d'origine non traumatiques ont également été identifiées (spondylodèse; spondylolisthésis), mais sans qu'elles entraînent une incapacité de travail. Dans son rapport du 15 août 2012, le Dr H. _____ – qui s'était certes

- 24 - principalement concentré sur le rapport de causalité des plaintes émises par le recourant quant à ses douleurs cervico-lombaires – a confirmé que ces plaintes n'entraînaient aucune limitation fonctionnelle. Dans sa demande du 6 septembre 2011, le recourant a lui-même restreint le cercle de ses plaintes à la problématique affectant son poignet gauche. Il n'en demeure pas moins qu'une évaluation globale de l'état du recourant a été effectuée : lors de ses deux séjours à la W. _____, le recourant a été largement examiné, en particulier au niveau dorso-lombaire, l'assuré s'étant plaint à l'admission de son premier séjour de douleurs à ce niveau. Alors que l'évaluation psychiatrique effectuée lors du premier séjour à la W. _____ avait mis en évidence des signes de surcharge psychique avec quelques éléments dépressifs, le consultant- psychiatre de la W. _____ ne les a plus relevés lors du second séjour de mai 2012, l'assuré ayant lui-même expliqué se sentir globalement mieux que lors du précédent séjour. S'agissant de l'atteinte au poignet gauche, l'assuré a subi plusieurs interventions chirurgicales (23 juillet 2010 [réduction et ostéosynthèse]; 16 mars [transfert de l'extenseur propre de l'index gauche] et 29 novembre 2011 [révision d'une ténolyse de l'extenseur]) et séjourné à deux reprises à la W. _____ (du 9 novembre au 6 décembre 2010; 8 au 30 mai 2012). Il a dans ce cadre fait l'objet d'un suivi continu et notamment d'un examen approfondi lors du second séjour précité, la W. _____ ayant établi le 11 juin 2012 un rapport circonstancié traitant de l'entier de ses plaintes. C'est ce rapport qui, en premier, retient une capacité de travail nulle dans l'activité de cuisinier mais entière dans une activité adaptée. Divers rapports ultérieurs font quant à eux état d'une situation normale (rapport d'imagerie radiographique du 18 mai 2012), d'une évolution nettement favorable (rapport du Dr C. _____ du 18 juin 2012) ou d'une

situation stabilisée (rapport du Dr H. _____ du 15 août 2012). Le Dr C. _____ a ainsi déclaré dans son rapport du 22 octobre 2012 ne pas pouvoir contester l'exigibilité de 100% dans une activité adaptée depuis le 31 mai 2012. Quant aux constatations du Dr Q. _____, du 5 novembre 2012, elles sont superposables à celles des médecins de la

- 25 - W. _____, étant rappelé que ce sont précisément les douleurs ressenties par l'assuré au niveau de la face dorso-radiale de son avant-bras gauche qui ont conduit les médecins de la W. _____ à constater que l'activité habituelle de cuisinier n'était plus exigible (cf. rapports de la W. _____ du

E. 11

juin 2012 et du Dr H. _____ du 15 août 2012). Les limitations fonctionnelles retenues dans une activité adaptée (port de charges lourdes répété et mouvements répétitifs du poignet gauche) tiennent également compte de cette situation. S'agissant du Prof. K. _____, il constate lui aussi que la situation reste stable, faisant état des douleurs précitées, dont on a vu qu'il a été tenu compte. Le Prof. K. _____ n'apporte ainsi aucun élément nouveau permettant de s'écarter des avis médicaux concordants au dossier. On rappellera au demeurant que le juge examine la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 131 V 242 consid. 2.1; TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3). A l'examen des avis médicaux – concordants – recueillis auprès des médecins, la Cour ne décèle pas d'indice sérieux justifiant de s'en écarter. On retiendra donc que le recourant présente bien une capacité de travail complète dans une activité adaptée depuis le 31 mai 2012. b) Le recourant soutient encore que les pièces médicales au dossier ne permettent pas d'identifier avec précision les activités professionnelles qui seraient adaptées à ses limitations fonctionnelles. L'argumentation du recourant ne tient toutefois pas compte des rôles respectifs du médecin et de l'administration, tels qu'ils sont rappelés ci-dessus (cf. supra consid. 3/a). Il appartient en effet à l'administration, et non aux médecins, de déterminer les conséquences juridiques des atteintes à la santé reconnues médicalement, en se fondant certes sur les avis médicaux au dossier – qui ont valeur indicative – et, à

- 26 - titre complémentaire, sur l'avis des spécialistes de la réadaptation et du conseil professionnel. En l'occurrence, il convient de se rallier aux estimations concordantes des médecins au sujet de la capacité de travail du recourant, celles-ci étant au surplus corroborées par les constatations de la Division de réadaptation de l'intimé. Contrairement à ce que prétend le recourant, cette dernière a d'ailleurs détaillé plusieurs professions exigibles (surveillant de parking; concierge – à certaines conditions – ; gestionnaire de stock). Les limitations fonctionnelles du recourant sont au surplus relativement peu contraignantes, de sorte qu'un large éventail d'activités simples et non qualifiées est exigible de lui sans qu'il soit nécessaire de toutes les détailler toutes (cf. supra consid. 3/b in fine s'agissant de l'éventail d'activités correspondant au salaire statistique applicable au recourant). Ses limitations fonctionnelles concernent en outre son bras gauche, alors qu'il est droitier. Le grief selon lequel des activités adaptées n'avaient pas été déterminées de façon précise tombe donc à faux. c) S'agissant de la réquisition de preuve du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, on rappellera qu'une partie a en principe le droit de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre. L'autorité peut cependant renoncer à procéder à des mesures d'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de forger sa conviction et que, procédant d'une manière

non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier son opinion (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les nombreux arrêts cités). En l'espèce, le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, les pièces au dossier donnant une appréciation claire de la situation de l'intéressé, de sorte que

- 27 - sa réquisition tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire doit être rejetée. sa réquisition doit être rejetée. 5. a) Sous l'angle économique, l'assuré n'a soulevé aucun grief à l'encontre des revenus sans et avec invalidité tels qu'arrêtés par l'OAI. Vérifiés d'office, les calculs de l'intimé échappent à la critique. b) Par surabondance, l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation étant subordonné à une diminution de la capacité de gain d'au moins 20% environ (cf. ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2), c'est à juste titre que l'intimé a considéré que le droit à de telles prestations n'était pas ouvert. 6. a) En définitive, il découle de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision du 9 avril 2013 confirmée. b) La procédure en matière d'assurance-invalidité étant onéreuse (art. 69 al. 1bis LAI), les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement mis à la charge de l'Etat, le recourant – qui succombe – étant au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser ce 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] cum art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service de justice et législation de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RS 211.02.3]). L'indemnité de conseil d'office de Me Redondo a quant à elle été fixée par décision du 20 mai 2015 complétée le 26 mai 2015. L'activité de Me Pichard se limitant de son côté à la réception de la présente décision pour notification, il n'y a pas lieu de lui allouer une telle indemnité. c) Vu le sort du recours, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPG; art. 55 al. 1 LPA-VD).

- 28 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.