

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 5 juillet 2023

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
M. Gutmann et Mme Pelletier, assesseurs  
Greffière : Mme Vulliamy

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Giuliano Scuderi, à Morges,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1, 29 al. 1 et 3 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** N.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], sans formation, travaillait depuis le 6 janvier 2020 en qualité de monteur sanitaire auprès de l'entreprise L.\_\_\_\_\_.

L'assuré a rempli une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 9 juin 2021 qui a été reçue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 20 octobre 2021. Il y faisait état d'une incapacité de travail de 100 % depuis le 6 octobre 2020 en raison d'un problème au tendon du bras droit. Il y a précisé qu'il gagnait 32 fr. de l'heure, plus 3 fr. 40 pour les vacances et jours fériés et 2 fr. 95 de gratification auprès de l'entreprise L.\_\_\_\_\_.

Le 8 décembre 2021, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a transmis à l'OAI copie de son dossier dans lequel figuraient notamment :

- une déclaration de sinistre LAA du 7 octobre 2020 indiquant que l'assuré avait été victime d'un accident le 6 octobre 2020 alors qu'il déplaçait un canapé chez lui entraînant une incapacité de travail totale jusqu'au 13 octobre 2020 ;

- un protocole opératoire du 12 octobre 2020 selon lequel l'assuré a été opéré par le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a posé le diagnostic de rupture de l'insertion distale du tendon biceps droit depuis la tubérosité radiale. L'opération a consisté en une refixation à l'aide d'une ancre Mitek ;

- un courriel du 24 novembre 2020 du Dr T.\_\_\_\_\_ indiquant que l'évolution était pour le moment favorable, mais que l'assuré aurait besoin de physiothérapie de longue durée et transmettant un rapport relatif à un ultrason du coude droit effectué le 9 octobre 2020 mettant en évidence une rupture complète du tendon distal du biceps brachial avec

une rétractation du tendon sur environ 8 cm et un petit hématome sur le site de la rupture associée à une infiltration liquidienne autour du moignon tendineux rétracté ;

- un courrier du 25 novembre 2020 de la CNA informant l'assuré qu'elle prenait le cas en charge ;

- différentes attestations d'incapacité de travail du Dr T.\_\_\_\_\_ ;

- un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du coude droit du 19 avril 2021 de la Dre H.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, concluant à un status post réinsertion distale du tendon du biceps brachial sans argument pour une déchirure mais avec une tendinopathie modérée associée à quelques petites fissurations intra-tendineuses et à une inflammation modérée, à une bonne trophicité du tiers distal du muscle du biceps brachial, ainsi qu'à une tendinopathie proximale débutante du tendon commun des extenseurs sans fissuration et sans inflammation ;

- un rapport intermédiaire du 5 mai 2021 à la CNA dans lequel le Dr T.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de déchirure du tendon du biceps distal droit avec refixation le 15 octobre 2020 et a indiqué que l'évolution était lentement favorable concernant la mobilité et la force mais défavorable en lien avec une neurapraxie du nerf radial. Il a également précisé que l'IRM ne montrait pas de lésion nerveuse, qu'il y avait une bonne force de supination et des douleurs intermittentes. Il a mentionné que l'assuré suivait un traitement de physiothérapie et d'ergothérapie mais il ne s'est en revanche pas prononcé sur une éventuelle reprise du travail. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a également transmis à la CNA un rapport que l'ergothérapeute lui avait adressé le 1<sup>er</sup> avril 2021 dans lequel elle indiquait ne pas comprendre pourquoi il y avait une atteinte au niveau du bras lui-même et se demandait ce qui avait entraîné une faiblesse dans les muscles innervés par un autre nerf que le radial. Elle s'interrogeait également sur la possibilité de procéder à un testing neurologique ;

- un rapport du 30 juillet 2021 des Drs P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et K.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin-assistante à la Clinique R.\_\_\_\_\_, (ci-après : Clinique R.\_\_\_\_\_) dans laquelle l'assuré a séjourné du 23 juin au 21 juillet 2021. Ces médecins ont posé les diagnostics de rupture de l'insertion distale du tendon du biceps brachial droit, de notion de neurapraxie du nerf radial postopératoire, sans précision et de tendinopathie modérée du biceps brachial distal, tendinopathie débutante proximale du tendon commun des extenseurs droits (IRM). Ils ont également indiqué ce qui suit :

« (...)

**Epaules :**

*Inspection* : sans particularité.

*Palpation* : indolore.

*Amplitudes* : libres et symétriques.

*Rythme omothoracique* : conservé.

**Coudes (côté droit atteint) :**

*Palpation* : palpation en regard du tendon distal du biceps radial douloureuse, en regard d'une cicatrice chirurgicale qui est non adhérente, légèrement hypertrophique mais non chéloïde et non allodynique. La palpation en regard de l'épicondyle latéral est sensible. Le reste de la palpation osseuse du coude indolore.

*Mobilités* : flexion-extension quasi symétrique à droite à 140°-5°-0° en actif contre 140°-0°-0° à gauche, le flexum minimum à droite est non réductible. Pronosupination 90°-0°-70° symétrique. (...)

Les diagnostics suivants ont été posés au cours du séjour :

Sur le plan ostéoarticulaire : aucun nouveau diagnostic.

Sur le plan neurologique : une hypoesthésie décrite au niveau du territoire cutané du nerf radial depuis le coude jusqu'à la face dorsale du pouce, pour laquelle nous souhaitons effectuer une évaluation neurologique qui n'a malheureusement pu être effectuée au cours du séjour, pour des raisons organisationnelles. Nous recommandons donc d'organiser ce contrôle neurologique en ambulatoire par le chirurgien-traitant.

Sur le plan psychiatrique : aucun diagnostic.

**Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour (Cf. liste de diagnostics).**

Des facteurs contextuels pourraient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient : un catastrophisme modéré chez un patient présentant des traits dépressifs et une perception majeure du handicap fonctionnel. (...)

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne.

A part l'incohérence retrouvée dans le rapport des ateliers professionnels, la force de la main D au jamar si basse ne trouve pas de justification médicale. (...)

Au vu du résultat obtenu au cours de l'évaluation nous pouvons mentionner que le patient sous-estime ses aptitudes fonctionnelles. (...)

Ateliers professionnels : au cours du séjour le patient a été suivi aux ateliers professionnels. Il y a travaillé durant des périodes allant jusqu'à 4 heures consécutives. Il a effectué des activités comportant un niveau d'effort très léger et évitant les contraintes posturales importantes. Il est noté alors des incohérences par rapport aux performances obtenues lors des tests réalisés en comparaison avec les autres thérapies. Nous concluons donc à des auto-limitations qui reflètent finalement que le niveau d'effort auquel le patient a bien voulu consentir.

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues pour le membre supérieur droit : port de charges répétés de plus de 15-25 kg.

La situation est pratiquement stabilisée d'un point de vue médical. A l'appui l'absence d'amélioration suite à un traitement intensif de physiothérapie et d'ergothérapie. En ce sens nous ne préconisons pas la poursuite des thérapies et nous invitons le patient à poursuivre les auto-exercices.

Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de : 1 à 2 mois et proposons au médecin d'arrondissement de reconvoquer le patient, afin de réévaluer la situation au terme de ce délai. (...)

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de monteur sanitaire est encore défavorable en lien avec les limitations décrites ci-dessus. Il s'agit d'une activité avec un port de charge lourd que actuellement il ne remplit pas. (...)

Le pronostic de retour dans une activité respectant les limitations ci-dessus est favorable à 100%. »

Etaient joints au rapport des Drs P.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ les documents suivants :

- un rapport de la phase initiale aux ateliers professionnels de la Clinique R.\_\_\_\_\_ établi le 29 juin 2021 par le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et Q.\_\_\_\_\_, maître socio-professionnel, concluant à l'existence d'incohérences par rapport aux performances obtenues lors de leurs tests réalisés en comparaison avec les autres thérapies et que leurs observations relevaient donc des autolimitations qui reflétaient finalement seulement le niveau d'effort auquel l'assuré avait bien voulu consentir ;

- une consultation de l'appareil locomoteur du 2 juillet 2021 du Dr P.\_\_\_\_\_ retenant un status post-réinsertion du biceps brachial sans signe inflammatoire localement actuellement et sans signe de nouvelle déchirure, une perte d'hyperéchogénicité du nerf radial au pli du coude

par rapport au côté contro-latéral et une bonne continuité du nerf, sans névrome ;

- un rapport d'ergothérapie du 22 juillet 2021 selon lequel la problématique principale, soit le manque de force et d'endurance en activité n'avait pas évolué au cours du séjour ;

- un rapport non daté de réadaptation de l'appareil locomoteur de la physiothérapeute X.\_\_\_\_\_ dans lequel elle a indiqué que « le patient se montre compliant en thérapie mais devient de plus en plus démonstratif en thérapie individuelle, moins actif en thérapie de groupe et peu motivé en fin de semaine avec des absences annoncées lors des groupes en particulier le vendredi » ;

- une évaluation non datée des capacités fonctionnelles établi par la physiothérapeute Z.\_\_\_\_\_ relevant que l'assuré sous-estimait considérablement ses aptitudes fonctionnelles.

Le dossier transmis par la CNA à l'OAI le 8 décembre 2021 contenait également :

- un rapport du 13 septembre 2021 de la Dre D.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, retenant les diagnostics de neuropathie probablement iatrogène touchant le nerf interosseux postérieur, au niveau de l'avant-bras droit et du nerf cutané latéral de l'avant-bras droit et de status après rupture du tendon distal du biceps du bras droit, traitée chirurgicalement en octobre 2020. Elle a notamment indiqué que l'atteinte sensitive actuelle était en rapport avec une lésion lors de l'intervention chirurgicale du nerf latéral cutané antébrachial droit et du nerf interosseux postérieur droit, probablement avec un pronostic réservé étant donné l'absence d'amélioration depuis bientôt une année. Elle a par contre exposé que cette atteinte nerveuse n'expliquait pas la faiblesse persistante du patient qui n'était apparemment pas due à une lésion nerveuse ;

- un courriel du 22 septembre 2021 du Dr T.\_\_\_\_\_ adressé à la CNA indiquant que l'assuré présentait encore des douleurs à la moindre charge et une anesthésie sur la région de la branche sensitive du nerf radial malgré une IRM négative, ainsi qu'une faiblesse musculaire même au niveau des muscles dont l'innervation était intacte. A la dernière consultation du 23 août 2021, l'assuré montrait de la faiblesse, se fatiguait rapidement, tremblait à la charge et soulevait 5 kg à droite et 50 kg à gauche ;

- un rapport du 4 novembre 2021 du Dr T.\_\_\_\_\_ exposant que l'assuré lui avait décrit de grosses difficultés au port de charge, notamment qu'il lâchait une bouteille de 1 kg trop lourde pour lui avec une fatigue survenant assez rapidement. S'agissant de la capacité de travail, l'assuré était arrêté jusqu'au 4 février 2022.

Par communication du 8 décembre 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il pouvait être mis au bénéfice d'une mesure d'intervention précoce comprenant trois modules effectués auprès de la Fondation [...] du 20 décembre 2021 au 10 juin 2022.

Il ressort du procès-verbal d'un entretien du 28 janvier 2022 entre la Fondation [...] et l'assuré que celui-ci l'a informée des limitations suivantes : port de charge limité à 5 kg de la main droite, pas de force de serrage et mouvements du bras droit « limités ».

Par rapport du 9 février 2022, le Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a retenu comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail un status après rupture du tendon bicipital distal droit et a attesté une incapacité de travail entière dès le 7 octobre 2022 [recte : 2020] sans toutefois avoir revu le recourant depuis 2012. Il a transmis un certificat du Dr T.\_\_\_\_\_ du 13 octobre 2020 et un rapport d'IRM du 19 avril 2021 de la Dre H.\_\_\_\_\_ figurant déjà au dossier de la CNA transmis le 8 décembre 2021.

Dans un questionnaire de l'OAI rempli le 15 février 2022, l'employeur de l'assuré a indiqué que celui-ci travaillait 41 heures 25 par semaine depuis le 6 janvier 2020 pour un salaire horaire de 32 fr. plus une indemnité vacances de 6'672 fr. 20, une indemnité pour jours fériés de 266 fr. 90 et une gratification de 3 fr. 405, soit un salaire horaire total de 35 fr. 405. L'employeur a également indiqué que, dans son activité professionnelle, l'assuré devait disposer de l'ensemble de ses capacités physiques.

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> mars 2022, la Fondation [...] a indiqué ce qui suit :

« Monsieur N.\_\_\_\_\_ manque notre entretien de restitution du 11.02.2022, il ne répond pas ni à nos appels, ni à notre mail de relance du 15.02.2022 dans lequel nous lui donnons un délai au 28.02.2022 pour nous contacter.

En date du 28.02.2022, nous parvenons à le joindre par téléphone, il nous informe avoir manqué le rendez-vous pour cause d'urgence médicale de son épouse et ne pas avoir jugé utile de nous contacter. Il explique qu'il est en cours de discussion avec son employeur, pour lequel il est toujours sous contrat, afin d'étudier les possibilités d'un poste administratif. Il explique également avoir encore des examens médicaux prévus suite à de fortes douleurs. Il finit par dire que la mesure n'est pas appropriée pour le moment et qu'il souhaite l'interrompre. Par conséquent, nous procédons à la fermeture de son dossier le 28.02.2022. »

Selon un calcul du salaire exigible fait par l'OAI le 15 mars 2022, l'assuré pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement comme opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autres). Après comparaison du salaire exigible final et du revenu sans l'atteinte à la santé, le préjudice économique se monte à 6.93 %.

Le 23 mars 2022, la CNA a transmis à l'OAI copie des documents de son dossier depuis l'envoi du 8 décembre 2021 comprenant notamment un rapport du 11 mars 2022 du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et

médecin d'arrondissement auprès de la CNA retenant notamment ce qui suit :

### « Déclarations de la personne assurée

Assuré de 33 ans qui n'a pas repris le travail depuis l'événement du 06.10.2020. Car depuis la réinsertion du tendon distal du biceps D du 19.04.2021 il présente une perte de force de son MSD associée à des douleurs et des tremblements qui sont gênants. Ces douleurs sont diurnes qui l'empêchent de dormir, celles-ci au repos sont à 6/10 sur l'échelle analogique de la douleur et peuvent monter jusqu'à 8/10.

Il prend 500 mg de Dafalgan 2 fois par jour, associé à du Mydocalm 150 mg 2 fois par jour qui l'aident au niveau de sa symptomatologie. Il met aussi de l'eau chaude sur son avant-bras car ses douleurs sont situées juste après le pli du coude du côté palmaire sur le côté radial qui représentent à peu près 10 cm de diamètre. Il a également une hypoesthésie de cette zone allant jusque dans le pouce.

Il fait toujours de la physiothérapie à raison de 2 séances par semaine mais ne constate plus de progrès. Il fait lui-même des exercices au quotidien à la maison. Il est suivi par le Dr T. \_\_\_\_\_ qui prescrit les arrêts de travail mais ne propose plus de traitement particulier.

Il est Suisse et est marié depuis 8 ans. Sa femme travaille comme sommelière, ils n'ont pas eu d'enfant.

Depuis l'âge de ses 15 ans il travaille dans le domaine du sanitaire mais n'a pas fait de CFC.

Il est en bonne santé habituelle. Il fume 1 paquet de cigarettes par jour. Il n'a pas d'allergie.

### Constatations

Assuré d'allure en excellente santé. Taille 171 cm. Poids 108 kg. BMI à 36 kg/m<sup>2</sup>.

#### Au niveau des épaules

La musculature est importante et symétrique.

L'élévation des deux épaules est symétrique à 170° et les tests de Jobe sont tenus des deux côtés.

Néanmoins l'élévation de l'épaule D est plus lente que la G avec un tremblement en fin de course. Les rotations internes sont à l'aile iliaque G et D avec un Lift-off négatif à G, un Lift-off positif à D. L'abduction des épaules est symétrique, il n'y a pas de signe de Popeye. Etonnement, lorsqu'il a contracté ses biceps de façon bilatérale, il y a également eu un tremblement lorsqu'il a contracté le biceps G qu'il explique par la force importante de cette contraction. (...)

### Diagnostic

- 06.10.2020 Rupture de l'insertion distale du tendon du biceps brachial D.
- Notion de neurapraxie du nerf radial, postopératoire, sans précision.

### Appréciation

Assuré de 33 ans, travaillant comme sanitaire qui a eu besoin d'une réinsertion distale du tendon du biceps D le 12.10.2020. L'évolution est marquée par des douleurs chroniques au niveau de ce tendon bicapital à son insertion distale. Il fait de la physiothérapie mais qui a peu d'effets. L'IRM du 19.04.2021 montre qu'il n'y a pas de redéchirure du tendon mais qu'il reste une tendinopathie et également qu'il y a une bonne trophicité des muscles du tiers distal du bras et du tiers proximal de l'avant-bras sans dégénérescence graisseuse et sans œdème.

Objectivement, il y a une diminution de la force du MSD avec un ralentissement des mouvements mais néanmoins conservée. Il y a une amyotrophie musculaire du MSD vis-à-vis de la G, mais néanmoins il persiste une musculature importante à D. Il y a un flexum de 15 degrés du coude D.

Sur le plan médical, on ne constate plus d'amélioration raison pour laquelle on peut retenir les limitations fonctionnelles suivantes pour le MSD : port de charges répété de plus de 15 à 25 kg.

Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus, la capacité exigible est de 100 % sans diminution de rendement pour les suites de l'événement du 06.10.2020. L'activité habituelle, telle que celle exercée avant le 06.10.2020, n'est plus exigible car elle ne respecte pas les limitations fonctionnelles retenues.

L'assuré ne présente pas de séquelles qui correspondent à un taux d'IpAI selon les tables indemnisation pour atteintes à l'intégrité selon la LAA.

A noter que, comme le neurologue et l'ergothérapeute, on ne comprend pas la perte importante de force du MSD qui atteint même l'épaule alors que l'IRM du 19.04.2021 n'a pas montré de dégénérescence musculaire. »

Par courrier du 11 avril 2022, la CNA a signifié à l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 avril 2022, dans la mesure où sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée en tenant compte des limitations suivantes : port de charges répété de plus de 15 à 25 kg.

Par projet du 3 mai 2022, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser une rente et des mesures professionnelles. Il a considéré que si l'assuré était en incapacité de travail totale dans son activité habituelle, une pleine capacité de travail lui était reconnue dans une activité respectant les limitations fonctionnelles (pas de port de charges répété de plus de 15 à 25 kg) et qu'il lui était ainsi possible de mettre en valeur sa capacité de travail dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement comme opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et

autres). Il a estimé qu'en comparant le revenu sans invalidité fixé à 74'646 fr. et le revenu avec invalidité de 69'474 fr. 97, la perte de revenu se montait à 5'171 fr. 03 correspondant à un degré d'invalidité de 6.93 % insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité ou à des mesures professionnelles.

Le 13 mai 2022, le Dr T.\_\_\_\_\_ a adressé le courrier suivant à l'OAI :

« (...) A ce jour, je note une évolution extrêmement lente, avec une nette baisse de la capacité du port de charge, avec présence de douleurs. La physiothérapie et l'ergothérapie avait été débutée et des examens radiologiques, ainsi qu'un séjour au Clinique R.\_\_\_\_\_ de Sion, avaient été entrepris pour investiguer.

Aux vues de cette évolution très peu favorable, le patient avait entrepris les démarches auprès de l'AI pour une réinsertion professionnelle à la fin de l'année 2021. Début 2022, Monsieur N.\_\_\_\_\_ avait reçu l'aval de l'assurance invalidité pour une formation en bureautique. A côté de cela, on ne retrouvait aucune évolution favorable de son état de santé, avec la persistance des douleurs et la force bien abaissée.

Lors de nos dernières consultations, le patient se plaignait toujours de ces fortes douleurs, qui lui provoquaient des réveils nocturnes/insomnies, et plus récemment, des tremblements. Après la récente décision de l'AI en avril dernier, sa capacité de port de charge qui avait été évaluée à Sion lors de son séjour est surestimée. Je recommande une activité professionnelle à maximum 5-10 kg. (...) »

Par courrier du 19 mai 2022, le Dr T.\_\_\_\_\_ a demandé à l'OAI de procéder à une nouvelle évaluation du dossier de l'assuré au vu notamment du fait que l'intervention pratiquée n'avait pas eu les effets escomptés sans que cela soit de la responsabilité du patient.

Le 20 mai 2022, l'assuré s'est opposé au projet de décision précité en indiquant avoir rendez-vous chez son médecin le 24 mai 2022.

Par décision du 23 mai 2022, la CNA a refusé d'allouer une rente d'invalidité et une indemnité pour atteinte à l'intégrité à l'assuré estimant qu'il était à même d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie à la condition de ne pas porter de charges de manière répétée de plus de 15 à 25 kg. Une telle activité était exigible durant toute la journée et permettrait à l'intéressé de réaliser, selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : l'ESS), un revenu résiduel de

69'061 fr. pour un homme, au niveau de compétence 1 ; comparé au revenu réalisable sans l'accident de 74'506 fr. [calculé comme suit : 32 fr. x 41h25 x 52 x 108.33 % x 100.2 % (rench 21-22)], il en résultait une perte de 7 %. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, celle-ci ne saurait être allouée dès lors que l'assuré ne présentait pas d'atteinte importante à l'intégrité physique d'après l'examen effectué le 11 mars 2022.

Par courrier du 25 mai 2022, le Dr T.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que le traitement actuel de l'assuré (Mydocalm) le rendait inapte à la conduite, que les douleurs ressenties étaient en nette péjoration ces derniers temps, que l'assuré présentait des difficultés à l'écriture manuscrite, que le port de charge avait été réévalué à 5 kg maximum, occasionnel et sans mouvement répétitif, et que l'activité professionnelle retenue pour une reconversion était celle de technicien projeteur/dessinateur.

Le 21 juin 2022, l'assuré, désormais représenté par son conseil, a formé opposition à l'encontre de la décision du 23 mai 2022 de la CNA et a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 27 % et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 %. Etaient joints à cette opposition un certificat du 3 juin 2022 du Dr T.\_\_\_\_\_ selon lequel la capacité de travail dans une activité adaptée était totale en tenant compte d'un port de charge occasionnel et non répétitif de maximum 5 kg et selon lequel il y avait une atteinte à l'intégrité de 20 %, ainsi qu'une attestation du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, retenant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et d'autres modifications durables de la personnalité liées à long exposition aux douleurs suite à une opération de coude droite (complications) (F62.8).

Par décision incidente du 30 juin 2022, l'OAI a refusé l'assistance juridique gratuite à l'assuré au motif que la complexité de la cause n'était pas telle qu'elle justifiait l'assistance d'un avocat.

Par courriel du 6 juillet 2022, le Dr T. \_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'assuré avait des douleurs très importantes depuis 4-5 jours et qu'on ne pouvait actuellement pas penser à un nouveau travail qui nécessiterait l'utilisation constante d'une voiture.

Le 15 novembre 2022, la CNA a fait parvenir à l'OAI les nouveaux documents qu'elle avait reçus depuis la dernière mise à jour, à savoir :

- un courriel du 7 octobre 2022 de L. \_\_\_\_\_ indiquant que le salaire de l'assuré était, pour un horaire de 41 heures 25 heures par semaine, de 32 fr. de l'heure en 2020 et 2021 et de 32 fr. 30 en 2022 avec en sus une indemnité pour les jours fériés et le 13<sup>e</sup> salaire ;

- une décision sur opposition du 9 novembre 2022 de la CNA dans laquelle elle a partiellement admis l'opposition de l'assuré et a retenu un degré d'invalidité de 11 % tout en refusant l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Par décision du 29 novembre 2022, confirmant son projet du 3 mai 2022, l'OAI a refusé à l'assuré le droit au versement d'une rente d'invalidité et à la mise en œuvre de mesures professionnelles, au motif que sa capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues était pleine et que son degré d'invalidité était de seulement 6.93 %, calculé en comparant le salaire que pouvait percevoir un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services à 100 % en 2022, soit 69'474 fr. 97 et le revenu sans invalidité fixé à 74'646 francs. Dans un courrier séparé du même jour faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a indiqué que les objections soulevées par l'assuré à l'encontre du projet de décision et les documents produits n'avaient apporté aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

**B.** Par acte daté du 23 décembre 2022 et reçu le 27 décembre 2022, N.\_\_\_\_\_, représenté par son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 29 novembre 2022 en concluant préalablement à l'octroi de l'assistance judiciaire, principalement à la réforme de la décision litigieuse en ce sens qu'il a droit à une demi-rente d'invalidité et à des mesures professionnelles (reclassement), subsidiairement à l'annulation de la décision dans le sens des considérants. Il a également requis qu'une expertise judiciaire soit ordonnée. Il a fait valoir une violation du droit d'être entendu en raison de l'absence de mesures d'instruction en rapport avec sa situation médicale alors même que le Dr T.\_\_\_\_\_ avait écrit plusieurs courriers relevant que le port de charges maximum devait être réévalué à 5-10 kg maximum, voire 5 kg et seulement à titre occasionnel. Il a également fait valoir que les éléments en mains de l'autorité inférieure permettant de retenir les limitations fonctionnelles ne reposaient pas sur des éléments objectifs et que le droit d'être entendu avait aussi été violé de par l'absence de motivation quant au rejet de l'appréciation du Dr T.\_\_\_\_\_. Il a ensuite allégué que le calcul de l'OAI quant au revenu sans invalidité ne tenait pas compte du salaire afférent aux vacances et devait être fixé à  $[(32 + 3.40 + 2.95) \times 41.25 \times 52 =]$  82'206 fr. 75 auquel il fallait encore ajouter un renchérissement de 0.2 % pour arriver à un montant total de 82'425 fr. 27. En comparant ce montant avec celui du revenu avec invalidité fixé à 66'661 fr. 49, on aboutissait à un degré d'invalidité de 19.12 % auquel il convenait encore d'ajouter un abattement d'au moins 5 % pour tenir compte du fait que le recourant ne saurait avoir qu'une activité à temps partiel.

Aux termes d'une décision du 4 janvier 2023, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 23 décembre 2022, sous forme de l'exonération d'avances, des frais judiciaires et de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Giuliano Scuderi, le recourant étant en outre exonéré de toute franchise mensuelle.

Par réponse du 13 février 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a exposé s'être basé sur les appréciations concordantes effectuées par les médecins de la Clinique R. \_\_\_\_\_ et le médecin-conseil de l'assurance-accident dès lors que leurs conclusions pouvaient être suivies dans la mesure où ils abordaient de manière circonstanciée les différents points litigieux du cas d'espèce et se fondaient sur des examens complets de la situation médicale ainsi que sur les plaintes du recourant. Il a ensuite relevé que le Dr T. \_\_\_\_\_ s'était beaucoup basé sur les plaintes de son patient et qu'il convenait dès lors d'émettre certaines réserves par rapport aux dires de l'assuré et de les mettre en perspective, ce que le Dr T. \_\_\_\_\_ n'avait pas fait. Enfin, il a relevé que les indications du Dr T. \_\_\_\_\_ concernant le port maximal de charge avaient varié au fil de ses correspondances. Enfin, l'OAI a indiqué que si le droit à la rente et au reclassement n'était pas ouvert, une aide au placement s'avérait possible sur demande du recourant si celui-ci était preneur de cette aide. A cet envoi étaient joints les documents suivants :

- un rapport final daté du 2 février 2023 selon lequel la majoration sur salaire (en %) pour vacances n'était pas prise en compte en cas de salaire horaire du fait que l'on prenait en compte 12 mois alors que l'employé n'en travaillait en général que 11. Ce rapport a également effectué différents calculs en tenant compte d'un abattement de 5 %, puis de 10 % en constatant que le préjudice économique était alors de 11.58 %, respectivement de 16.23 %, ce qui n'ouvrait toujours pas un droit à des mesures d'ordre professionnel. Il a ensuite exposé que les activités proposées, à savoir un travail simple dans le domaine industriel léger pouvaient également être proposées pour respecter les limitations fonctionnelles décrites par le Dr T. \_\_\_\_\_, dites activités ne demandant aucun port de charge et pas de mouvement répétitif. Enfin, la spécialiste en réinsertion professionnelle a relevé que si les cibles proposées par le Dr T. \_\_\_\_\_ (technicien projeter/dessinateur) respectaient les limitations fonctionnelles, des doutes existaient quant au fait de savoir si le niveau scolaire de l'assuré était suffisant pour mener à bien ces formations ;

- un calcul du salaire exigible avec abattement de 5 % du 2 février 2023 arrivant à un préjudice économique de 8'644 fr. 78 (revenu sans invalidité [74'646 fr.] - le revenu avec invalidité [66'001 fr. 22]), soit un préjudice de 11.58 %.

Par écriture du 7 mars 2023, le recourant, par son mandataire, a réitéré sa réquisition tendant à la mise en œuvre d'une expertise en vue d'établir avec précision la gravité de l'atteinte dont il souffrait et ses limitations fonctionnelles afin de déterminer quel taux d'occupation était possible.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** Le litige a pour objet le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

**b)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition

transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

Dans le cas présent, l'intimé a tenu compte d'une incapacité de travail durable dès le 7 octobre 2020. Compte tenu du délai d'une année après le début de l'incapacité de travail ininterrompue (art. 28 al. 1 let. c LAI ; Circ. DT DC AI ch. 1007 et 1008 ; TF I 222/05 consid. 2.1) et du délai d'attente de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI), le 20 octobre 2021, le début du droit à la rente est fixé au 1<sup>er</sup> avril 2022. Sont dès lors applicables les dispositions de la LAI et des ordonnances y relatives dans leur nouvelle teneur.

**3.** Dans un grief formel qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, d'une part, parce que la décision attaquée serait insuffisamment motivée quant au rejet de l'appréciation du Dr T. \_\_\_\_\_ et, d'autre part, au motif que son dossier n'aurait pas été instruit à satisfaction.

**a)** Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur

lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. comprend également le droit pour toute partie 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 (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**b)** En l'occurrence, le grief de violation de l'art. 29 al. 2 Cst. pour défaut de motivation de la décision attaquée n'est pas fondé. En effet, la motivation de la décision du 29 novembre 2022 permet aisément de comprendre quels éléments ont été retenus par l'office intimé et pourquoi ils l'ont été. Ainsi, il a retenu, en se fondant sur les conclusions

du médecin-conseil de la CNA, que le recourant ne présentait pas d'atteinte incapacitante au sens de l'assurance-invalidité et qu'aucun élément médical objectif n'établissait que sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles fût limitée. Comme l'a mis en évidence la jurisprudence, il suffit que la décision mentionne, au moins brièvement, les motifs qui ont guidé l'autorité et sur lesquels elle a fondé sa décision de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause, ce qui est le cas en l'espèce. En réalité, en tant que le recourant reproche à l'office intimé de n'avoir pas motivé de manière suffisamment intelligible son refus de rente, le grief se confond avec celui d'arbitraire dans la constatation des faits et l'appréciation des preuves, tout comme le grief relatif à l'allégation d'un défaut d'instruction dans la mesure où il porte au final sur le résultat de l'appréciation des preuves. Ces arguments seront donc examinés avec le fond du litige.

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

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation

raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**c)** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

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

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les

raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

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

**d)** Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**6. a)** En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de monteur sanitaire. Se pose dès lors la question de savoir s'il présente une capacité résiduelle dans une activité adaptée et de quel degré. A cet égard, l'OAI s'est fondé sur le rapport du 11 mars 2022 du Dr J. \_\_\_\_\_ pour retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée en tenant compte des limitations fonctionnelles suivantes : port de charges répété de plus de 15 à 25 kg. L'intimé a principalement fondé son appréciation sur la base du dossier constitué par la CNA qui a procédé à l'essentiel de l'instruction de la cause. Cette façon de faire n'est pas contestable en l'occurrence et n'est au demeurant pas critiquée par le recourant. Ce dernier met en revanche en doute la force probante du rapport précité du Dr J. \_\_\_\_\_, ainsi que celle du rapport de la Clinique R. \_\_\_\_\_ du 30 juillet 2021 sur lequel se base le Dr J. \_\_\_\_\_.

**b)** L'appréciation du Dr J. \_\_\_\_\_ du 11 mars 2022 tient compte de l'ensemble de l'anamnèse, repose sur un examen clinique, prend en compte les plaintes du recourant ainsi que les IRM et ultrasons versés jusqu'alors au dossier de sorte qu'il y a lieu de lui reconnaître une pleine valeur probante. Il a retenu comme diagnostics une rupture de l'insertion distale du tendon du biceps brachial droit et notion de neurapraxie du nerf radial postopératoire sans précision. Il a constaté que la musculature au niveau des épaules était importante et symétrique et qu'il y avait étonnamment un tremblement au biceps gauche lors d'une contraction des biceps de façon bilatérale. Il a retenu qu'il y avait objectivement une diminution de la force du membre supérieur droit avec un ralentissement des mouvements, mais néanmoins conservée et qu'il y avait une amyotrophie musculaire du membre supérieur droit vis-à-vis du gauche mais qu'il persistait une musculature importante à droite avec un flexum de 15 degrés du coude droit. Sur le plan médical, ne constatant plus d'amélioration, il fallait retenir les limitations fonctionnelles suivantes : port de charges répété de plus de 15 à 25 kg.

Cette appréciation est confirmée par celle des médecins de la Clinique R. \_\_\_\_\_ qui ont évoqué une stabilisation médicale dans un délai de 1 à 2 mois depuis le 30 juillet 2021 et un pronostic de retour dans une activité respectant les limitations du recourant favorable à 100 % tout en précisant que la situation était pratiquement stabilisée d'un point de vue médical (cf. p. 5 du rapport du 30 juillet 2021).

**c)** Aucun élément du dossier ne vient contredire de manière convaincante l'analyse et les conclusions du Dr J. \_\_\_\_\_. D'une part, le rapport du 9 février 2022 du Dr O. \_\_\_\_\_ n'est d'aucun secours au recourant dans la mesure où ce médecin a attesté une incapacité de travail depuis le 7 octobre 2022, alors qu'il s'agit vraisemblablement du 7 octobre 2020 et sans avoir même revu l'assuré depuis 2012. D'autre part, les rapports du Dr T. \_\_\_\_\_ ne se prononcent pas sur la capacité résiduelle de travail du recourant suite à l'accident du 6 octobre 2020 (cf. rapports des 5 mai et 4 novembre 2021 et correspondances des 22 septembre 2021, 13, 19 et 25 mai et 6 juillet 2022), sauf dans son certificat du 3 juin 2022 dans lequel il a attesté une capacité de travail entière dans un activité adaptée. S'agissant de la capacité de port de charges du recourant, on peut déjà relever qu'elle fluctue au gré des rapports du Dr T. \_\_\_\_\_ (5 kg dans son courriel du 22 septembre 2021, 5 à 10 kg dans son courrier du 13 mai 2022, puis à nouveau 5 kg dans son courrier du 25 mai 2022).

Ensuite, on ne peut que constater que les conclusions des rapports du Dr T. \_\_\_\_\_ ne reposent que sur les seules allégations du recourant, le médecin ne rapportant pas d'éléments objectifs ressortant d'un examen clinique confirmant le propos de son patient. Or, tant les médecins de la Clinique R. \_\_\_\_\_ que le Dr J. \_\_\_\_\_ ont relevé l'existence d'incohérences ainsi que le fait que le recourant sous-estimait ses aptitudes fonctionnelles. Ainsi, les médecins de la Clinique R. \_\_\_\_\_ ont noté des incohérences par rapport aux performances obtenues lors des tests réalisés en comparaison avec d'autres thérapies (cf. p. 5 du rapport du 30 juillet 2021 et p. 7 du rapport de la phase initiale du 29 juin 2021), ont relevé que la force de la main droite au jamar était trop basse

pour que cela trouve une justification médicale (cf. p. 5 du rapport du 30 juillet 2021) et ont conclu à des autolimitations reflétant finalement seulement le niveau d'effort auquel le recourant avait bien voulu consentir (cf. p. 1 de l'évaluation des capacités fonctionnelles du 4 août 2021, p. 5 du rapport du 30 juillet 2021 et p. 7 du rapport de la phase initiale du 29 juin 2021). A cet égard, le rapport de physiothérapie du 30 juillet 2021 mentionne que le recourant se montrait compliant en thérapie mais devenait de plus en plus démonstratif en thérapie individuelle, moins actif en thérapie de groupe et peu motivé en fin de semaine avec des absences annoncées lors des groupes en particulier le vendredi. Le Dr W. \_\_\_\_\_ et le maître socio-professionnel Q. \_\_\_\_\_ ont évalué avec réserve le comportement au travail du recourant concernant la collaboration et l'investissement lors des tests standardisés et des activités (p. 5 du rapport de la phase initiale du 29 juin 2021). On doit ainsi constater que les différents intervenants ont tous indiqué un problème dans le comportement du recourant, notamment en lien avec sa motivation. A cet égard, on peut relever la manière quelque peu cavalière du recourant de mettre fin à la mesure de détection précoce mise en place auprès de la Fondation [...] (cf. rapport du 1<sup>er</sup> mars 2022). On relèvera ici que le Tribunal fédéral considère que des circonstances indiquant une exagération (telles qu'une amplification des symptômes ou un caractère revendicateur) constituent un élément décisif pour évaluer la pertinence du diagnostic ; les experts sont ainsi fondés, sans s'exposer à un reproche de prévention, à examiner les déclarations de l'assuré sous cet angle, afin d'en tirer des conclusions quant au caractère invalidant du trouble analysé (TF 9C\_179/2022 du 24 août 2022 consid. 6.2 et les références citées). Ces considérations sont également valables en cas d'autolimitation, laquelle doit être identifiée afin de déterminer l'influence des atteintes à la santé sur la capacité de travail d'un assuré. C'est ainsi à juste titre que les médecins de la Clinique R. \_\_\_\_\_ ont tenu compte de l'existence d'autolimitation de la part du recourant pour poser leurs conclusions. La prise en compte d'autolimitation est d'autant plus justifiée que les différentes imageries n'ont rien relevé de concluant. A cet égard, le Dr J. \_\_\_\_\_ a relevé que, comme le neurologue et l'ergothérapeute, il ne comprenait pas la perte importante de force du membre supérieur droit

qui atteignait même l'épaule alors que l'IRM du 19 avril 2021 n'avait pas montré de dégénérescence musculaire (cf. courriel du 1<sup>er</sup> avril 2021 de l'ergothérapeute, rapport du 13 septembre 2021 de la Dre D.\_\_\_\_\_ et p. 5 du rapport du 11 mars 2022). On peut d'ailleurs mentionner que le Dr T.\_\_\_\_\_ lui-même a relevé que l'IRM était négative (cf. rapport du 5 mai 2021 et courriel du 22 septembre 2021), ce qui a été confirmé par la Dre D.\_\_\_\_\_ qui a indiqué que s'il y avait une atteinte sensitive en rapport avec une lésion lors de l'intervention chirurgicale du nerf latéral cutané antébrachial droit et du nerf interosseux postérieur droit, cette atteinte nerveuse n'expliquait pas la faiblesse persistante du recourant qui n'était apparemment pas due à une lésion nerveuse.

Enfin, on constatera que, contrairement à ce que soutient le recourant, l'appréciation des médecins de la Clinique R.\_\_\_\_\_ n'est pas vague mais basée non seulement sur les observations et constatations des différents intervenants (physiothérapeute, ergothérapeute, ateliers professionnels, etc.) mais également sur l'ensemble des éléments du dossier, notamment les antécédents médicaux du recourant, les différentes imageries effectuées ainsi que sur leurs propres observations.

En définitive, force est de constater qu'aucun élément objectif ou clinique ne vient objectiver un port de charge inférieur à celui fixé par le Dr J.\_\_\_\_\_ et les médecins de la Clinique R.\_\_\_\_\_. Ainsi, les éléments médicaux au dossier ne permettent pas de mettre en doute les conclusions du médecin d'arrondissement. Si l'on devait tout de même prendre en compte les limitations fonctionnelles décrites par le Dr T.\_\_\_\_\_ (port de maximum 5-10 kg, respectivement de maximum 5 kg de manière occasionnel et sans mouvement répétitif), force est de constater que les activités suggérées par l'OAI, à savoir un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger (par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement comme opérateur sur machines conventionnelles [perçage, fraisage, taraudage et autres]) pourraient également être envisagées dès lors que

celles-ci ne demandent aucun port de charge, ni mouvement répétitif (cf. REA – rapport final du 2 février 2023).

**7. a)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

**b)** Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2).

**c) aa)** Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

**bb)** Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C\_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il

convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

**cc)** La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

**d)** C'est le lieu de rappeler que l'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché équilibré du travail. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b).

**8. a)** En l'espèce, aucun rapport médical ne s'inscrit en faux contre le constat du 11 mars 2022 opéré par le Dr J. \_\_\_\_\_ de la capacité du recourant d'exercer à 100 % une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qu'entraînent les lésions à son membre supérieur droit (cf. consid. 6 *supra*). Les limitations fonctionnelles du recourant ne présentent pas de spécificités telles qu'elles rendraient illusoire l'exercice d'une activité professionnelle. Le marché du travail offre en effet un large

éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (ATF 110 V 273 consid. 4b ; TF 9C\_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2). Le recourant n'apporte du reste aucun élément permettant de s'écarter de ce constat.

**b)** S'agissant du revenu sans invalidité, le recourant allègue que l'intimé n'a pas pris en compte les bonnes données relatives au salaire. L'intimé, tant dans son calcul du 18 mars 2022 que dans celui du 2 février 2023, a tenu compte d'un salaire horaire de 32 fr. multiplié par 41 heures 25 et par 4.35, soit 52 semaines divisées par 12 mois (pour tenir compte des vacances), le tout multiplié par 13 mois (pour tenir compte du 13<sup>e</sup> salaire). Ainsi, il faut constater que l'intimé a pris en compte tant les vacances que le 13<sup>e</sup> salaire. C'est donc à tort que le recourant soutient que l'intimé n'aurait pas tenu compte du salaire afférent aux vacances et que c'est également à tort que le recourant procède à un calcul tenant compte d'un montant de  $[32 + 3.4 + 2.95] \times 41.25 \times 52$  qui reviendrait à tenir compte deux fois des vacances. En revanche, tant le recourant que l'intimé n'ont pas tenu compte du montant horaire de 32 fr. 30 tel qu'il ressort du courriel du 7 octobre 2022 de l'employeur. En définitive, le revenu sans invalidité doit être fixé à  $(32.30 \times 41.25 \times [52/12] \times 13 =)$  75'057 fr. 12.

**c)** S'agissant du revenu d'invalidité, le recourant ne critique pas le calcul effectué sur la base de l'ESS, qui peut effectivement être confirmé. Il estime en revanche qu'un abattement d'au moins 5 % doit être effectué sur les valeurs statistiques afin de tenir compte de ses limitations fonctionnelles qui impliquent une activité à taux réduit, partant un salaire réduit, dès lors que seule une activité avec un port de charge occasionnel pourrait être requis. La question de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée ayant été analysée ci-dessus (cf. consid. 6 *supra*), il conviendrait d'arrêter le revenu d'invalidité en tenant compte d'une pleine capacité de travail. L'intimé ayant cependant tenu compte d'un abattement de 5 % dans le calcul du salaire exigible du 2 février 2023, on ne voit pas de motif de s'écarter de ce calcul. Aussi, le revenu d'invalidité

de 66'001 fr. 22 (montant qui intègre un abattement de 5 % et une indexation pour les années 2019, 2020 et 2021) peut être confirmé.

**d)** En comparant un revenu sans invalidité de 75'057 fr. 12 avec un revenu d'invalidité de 66'001 fr. 22 , il en résulte un degré d'invalidité de 12.07 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28b LAI). On relèvera du reste que, même en retenant un taux d'abattement éventuel de 10 %, le droit du recourant à une rente ne s'en trouverait pas modifié, le taux d'invalidité se montant alors à 16.69 % [75'057 fr. 12 - 62'527 fr. 50 = 12'529 fr. 62]

**9.** Le recourant réclame encore un droit au reclassement.

**a)** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

**b)** Selon l'art. 17 al. 1 LAI, 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. 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 fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

**c)** Selon l'art. 18 al. 1 LAI, l'assuré en incapacité de travail (art. 6 LPGA) et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien pour rechercher un emploi approprié ou, s'il en a déjà un, pour le conserver.

Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel (TF 9C\_28/2009 du 11 mai 2009 consid. 4).

**d)** A la lumière de ce qui précède, l'intimé a à juste titre nié le droit du recourant à un reclassement, l'intéressé ne remplissant en effet pas les conditions minimales permettant l'octroi de cette première mesure étant donné qu'il ne subit pas une diminution de sa capacité de gain de l'ordre de 20 % ou plus (cf. consid. 8 *supra*). En outre, compte tenu des limitations fonctionnelles retenues, il existe au demeurant un nombre d'activités considérables qui demeurent accessibles à lui, sans reclassement.

S'agissant d'une aide au placement, l'intimé a, dans son rapport final du 2 février 2023 indiqué que celle-ci pouvait être proposée pour autant que le recourant soit preneur. Il lui est dès lors loisible de se manifester auprès de l'intimé pour en bénéficier.

**10.** Le dossier étant complet sur le plan médical, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise médicale, telle que requise par le recourant. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. Dans la mesure où les conclusions de la Clinique R.\_\_\_\_\_ et du Dr J.\_\_\_\_\_ sont étayées par les données cliniques au dossier, il ne se justifie pas de compléter l'instruction en vue de pallier la prétendue absence de constatations médicales objectives. Ainsi, quoi qu'en dise le

recourant, le dossier constitué ne souffre d'aucune lacune, de sorte que toute mesure d'instruction complémentaire apparaît superfétatoire (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

**11. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**c)** Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. Son conseil d'office a droit à une rémunération équitable (art. 122 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]). Celui-ci a produit une liste d'opérations en date du 8 mai 2023 qui fait état de 5 heures 05 consacrées à la présente procédure. Vérifiée d'office, la liste des opérations peut être approuvée. Il s'ensuit qu'au tarif horaire de 180 fr., l'indemnité de Me Scuderi doit être arrêtée à 915 fr., montant auquel il convient d'ajouter les débours par 45 fr. 75 (915 fr. x 5 % [et non pas 2 % comme retenu à tort par Me Scuderi, cf. art. 3 al. 3bis RAJ (règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3)]) ainsi qu'une TVA à 7,7 % sur l'ensemble, soit 74 fr. (960 fr. 75 x 7,7 %), pour un total de 1'034 fr. 75 (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ).

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC, applicables

par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 29 novembre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Giuliano Scuderi, conseil du recourant, est arrêtée à 1'034 fr. 75 (mille trente-quatre francs et septante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis provisoirement à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Giuliano Scuderi (pour N. \_\_\_\_\_),
- 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 :