

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 mai 2024

---

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente  
M. Piguet, juge, et Mme Gay, assesseure  
Greffière : Mme Vulliamy

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, à  
Lausanne,

et

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

---

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

**E n f a i t :**

**A.** D.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant français au bénéfice d'un permis B, né en [...], titulaire d'un brevet d'études professionnelles et d'un baccalauréat professionnel de vente et conseil en unité commerciale, travaillait comme facteur à 100 % lorsqu'il a été victime d'un accident professionnel le 22 août 2019 lors de la distribution du courrier en se coinçant le petit doigt dans un chariot. Il s'est rendu, le 23 août 2019, au Centre médical de Q.\_\_\_\_\_, qui a prodigué les premiers soins et a attesté une incapacité de travail à 100 % du 24 août au 22 septembre 2019. Par certificats des 24 septembre, 4 et 18 octobre 2019, le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin-assistant au Service de chirurgie plastique et de la main du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ (ci-après : Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_), a attesté une incapacité de travail totale dès le 24 septembre 2019 avec une reprise du travail le 28 octobre 2019.

L'assuré s'est rendu à plusieurs reprises à la consultation ambulatoire du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ entre le 4 octobre 2019 et le 21 janvier 2020 en raison de l'augmentation des douleurs se propageant jusqu'au coude avec une épitrochlée [saillie osseuse située sur la partie interne du coude] droite sensible. Des radiographies faites les 24 septembre et 18 novembre 2019 ne montraient aucune fracture. Le Dr J.\_\_\_\_\_ a régulièrement attesté une totale incapacité de travail jusqu'au 22 mars 2020.

Selon un rapport du 3 décembre 2019 du Prof. L.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, relatif à une imagerie par résonance magnétique [IRM] de l'auriculaire droit du même jour, aucune lésion pouvant expliquer la symptomatologie présentée par l'assuré n'avait été mise en évidence.

Dans un rapport du 12 décembre 2019, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin au Centre médical de Q.\_\_\_\_\_, a posé le diagnostic de contusion et plaie de l'auriculaire droit et constaté que la radiologie ne montrait aucune fracture, ce qu'un

rapport du 23 août 2019 du Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, relatif à une radiographie du 5<sup>e</sup> rayon de la main droite (face/profil) a confirmé en n'objectivant pas de lésion osseuse post-traumatique.

L'assuré a déposé, le 11 mai 2020, une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir d'une algodystrophie (maladie de Sudeck) provoquant une gêne constante ainsi que de fortes douleurs après efforts depuis le 24 août 2019, date de son incapacité de travail.

Le 4 juin 2020, l'OAI s'est fait remettre le dossier de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), assureur-accidents, qui contenait les rapports précités ainsi que les pièces suivantes :

- une évaluation interdisciplinaire des Drs E.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et O.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, respectivement médecin consultant et médecin associée à la Clinique K.\_\_\_\_\_. (Clinique K.\_\_\_\_\_) dans laquelle l'assuré a séjourné du 4 au 7 mai 2020. Dans un rapport du 8 mai 2020, ces médecins ont posé les diagnostics de contusion de D5 droit (S60) et de tendance vers un syndrome douloureux régional complexe (SDRC [également CRPS = complex regional pain syndrom], algodystrophie) type 1 de la main droite (Z87.3) au décours. Aucun diagnostic psychiatrique n'avait été retenu, ni aucunes séquelles neurologiques. Selon ces médecins, une reprise professionnelle pouvait être envisagée à trois mois d'une prise en charge à temps partiel initialement et dans une activité évitant le port de charges lourdes de manière répétitive.

- un certificat du 12 mai 2020 du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, attestant un arrêt de travail à 100 % jusqu'au 11 juin 2020, renouvelé ensuite jusqu'au 11 juillet et 12 août 2020 par certificats des 17 juin et 14 juillet 2020.

Dans un rapport UE/AELE du 17 juin 2020, le Dr H.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de syndrome douloureux régional complexe (SRDC, algodystrophie) type I de la main droite et status post fracture du péroné gauche à l'âge de 17 ans, ostéosynthésée. Il a indiqué que l'assuré avait été reconnu inapte au travail depuis le 22 août 2019 en raison de douleurs de l'auriculaire droit irradiant jusqu'au poignet mais qu'il pouvait faire les activités quotidiennes avec limitation des amplitudes articulaires et des douleurs au membre supérieur droit. S'agissant de la capacité de travail, il a mentionné que l'assuré demeurerait capable uniquement de travaux non physiques mais sans se prononcer sur la capacité de travail du point de vue médical. Au niveau psychiatrique, le médecin n'a relevé aucune déficience.

Par communication du 28 juillet 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures d'intervention précoce, ni des mesures de réadaptation d'ordre professionnel.

Les 3 novembre 2020, 22 janvier, 12 février, 4 mai, 12 juillet et 13 août 2021, l'OAI s'est fait remettre les documents du dossier constitué par la CNA, dont notamment :

- un procès-verbal d'entretien du 22 juillet 2020 entre la CNA et l'assuré dans lequel ce dernier a indiqué avoir le projet de devenir chauffeur VTC indépendant ;

- un rapport du 31 août 2020 du Dr H.\_\_\_\_\_ posant le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe (SDRC, algodystrophie) type I de la main droite et indiquant que l'assuré présentait toujours des douleurs de l'auriculaire droit irradiant jusqu'aux poignet, coude et épaule droit avec des limitations des amplitudes articulaires ;

- un rapport du 4 octobre 2020 du Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, constatant que l'enroulement des doigts était complet sans distance, ni ressaut, que la mobilité des coudes

était complète, indolore et symétrique et que le débattement articulaire des épaules était dans les normes. Dans son appréciation du cas, le Dr S.\_\_\_\_\_ a évoqué un mécanisme de contusion-torsion de la main et du poignet et la persistance d'un syndrome douloureux résiduel évocateur d'un CRPS de type 1 vu la persistance de troubles sensoriels laissant suspecter une atteinte lésionnelle au niveau du canal de Guyon avec une sensibilisation d'ordre central pour comprendre la cartographie plus extensive. Il a également parlé d'un état de détresse psychologique faisant suite à la non-reconnaissance du préjudice perçu et à l'incertitude professionnelle future qui, sans permettre de retenir de signe évocateur de dépression, permettait de retenir une composant anxiogène liée à ce futur incertain. Il a précisé que les activités impliquant des mouvements répétitifs avec port de charges n'étaient pas recommandées ;

- des certificats d'arrêt de travail à 100 % du Dr S.\_\_\_\_\_ du 7 août au 7 mars 2021 ;

- un rapport du 4 janvier 2021 du Dr S.\_\_\_\_\_ posant le diagnostic de syndrome régional complexe membre supérieur droit de type CRPS 1 en lien avec un mécanisme de contusion-torsion du complexe main-poignet et atteinte lésionnelle au niveau du nerf cubital droit au canal de Guyon. Il a indiqué que le pronostic était réservé et que des mesures d'ordre professionnel devaient être envisagées de manière à ne pas tomber dans un cercle vicieux de désinsertion et de précarité financière. Si les activités impliquant des mouvements répétitifs avec port de charges n'étaient pas recommandées, une réorientation réaliste vers le commerce ou la vente dans le cadre d'une activité exploitant ses compétences et sa formation personnelle était réaliste. Il a également indiqué qu'il fallait s'attendre à ce qu'un dommage demeure, à savoir une irritabilité neuroméningée et une répercussion psychologique. Il a enfin recommandé que l'assuré puisse bénéficier d'un nouveau séjour à la Clinique K.\_\_\_\_\_, ce que le médecin-conseil de la CNA avait également suggéré le 21 octobre 2021 ;

- des certificats d'arrêt de travail des 5 mars et 6 avril 2021 du Dr H. \_\_\_\_\_ attestant un arrêt de travail à 100 % jusqu'au 4 avril 2021, respectivement jusqu'au 5 mai 2021 ;

- un rapport du 27 avril 2021 relatif à une arthrographie avant CT/IRM du poignet droit et arthro-CT du poignet droit concluant à un examen sans particularité pour l'âge, notamment pas d'anomalie de TFCC [triangular fibro cartilage complex, complexe fibrocartilagineux triangulaire (ligament entre cubitus et carpe)], ni des ligaments intra-carpiens décelable ;

- un rapport du 30 avril 2021 du Dr Ulla selon lequel l'ENMG du jour était parfaitement normal, sans argument pour une neuropathie tronculaire au niveau du nerf cubital (ulnaire) droit au niveau du coude, ni pour une radiculopathie au niveau des racines explorées et concluant à l'absence de cause neurologique aux autres douleurs présentées ;

- un rapport du 9 juin 2021 des Drs N. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et Z. \_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin-assistante à la Clinique K. \_\_\_\_\_ où l'assuré a à nouveau séjourné du 21 avril au 18 mai 2021. Ces médecins ont posé les diagnostics de traumatisme par écrasement D5 de la main droite avec contusion de D5 et syndrome douloureux régional complexe de type 1 de la main droite au décours, de bursite sous-acromio-deltaïdienne de l'épaule droite et possible irritation du nerf ulnaire droit au coude. Ils ont posé les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : port de charge supérieur à 20-25 kg, ports de charges répétés supérieurs à 10-15 kg, activités nécessitant des mouvements répétés du membre supérieur droit et pas de limitation dans les travaux fins. Ils ont précisé que la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, la poursuite d'un traitement de physiothérapie pouvant permettre d'améliorer la force, l'endurance et les douleurs du membre supérieur droit et qu'une stabilisation médicale était attendue dans un délai de deux mois. S'agissant du pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité, ils ont indiqué qu'il était théoriquement favorable mais que les

facteurs personnels et contextuels pourraient interférer avec le processus de reprise. Ils ont enfin attesté une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle du 21 avril au 18 juin 2021 ;

- un certificat d'arrêt de travail du 17 juin 2021 du Dr S. \_\_\_\_\_ jusqu'au 31 juillet 2021 ;

- un rapport du 13 août 2021 du Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, posant les diagnostics de syndrome douloureux régional complexe de type I du membre supérieur droit post contusion de l'auriculaire droit, d'antécédent de fracture de la fibula de la cheville gauche et de possible irritation du nerf ulnaire droit au coude et retenant que l'état de l'assuré était stabilisé et que ce dernier disposait d'une pleine capacité de travail sans diminution de rendement dans une activité adaptées aux limitations fonctionnelles suivantes : port de charges supérieures à 20-25 kg, port de charges répété supérieures à 10-15 kg et activités nécessitant des mouvements répétés du membre supérieur droit. Il a jugé que l'assuré ne présentait pas de séquelles indemnisables au regard des tables d'indemnisation pour atteintes à l'intégrité.

Par courrier du 24 août 2021, la CNA a confirmé à l'OAI que les suites accidentelles étaient stabilisées avec des limitations fonctionnelles précisées dans l'appréciation du 13 août 2021 du médecin d'arrondissement et lui demandait d'examiner le droit de l'assuré à des indemnités journalières d'attente dans le cadre d'éventuelles mesures de réadaptation.

Le 27 septembre 2021, l'OAI a reçu copie d'un document de l'ancien employeur de l'assuré indiquant à la CNA que ce dernier aurait touché un salaire de 24 fr. 20 par heure en 2021 sans 13<sup>e</sup> salaire pour un horaire hebdomadaire moyen de 40 heures.

Le 21 octobre 2021, l'OAI a reçu copie de la décision du même jour de la CNA refusant 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'économie, sans port de charges de plus de 20-25 kg, sans port répété de charges de plus de 10-15 kg et sans activité nécessitant des mouvements répétés du membre supérieur droit. En prenant comme base les chiffres du niveau de compétence 1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : l'ESS), un salaire de 68'717 fr. pouvait encore être réalisé qui était supérieur au gain de 53'115 fr. réalisable sans l'accident. En outre, aucun abattement n'était justifié après examen des facteurs de déduction sur le salaire statistique. 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 13 août 2021.

Le 9 novembre 2021, l'assuré, désormais représenté par son conseil, a adressé une demande de mesures professionnelles à l'OAI en arguant du fait qu'il ne saurait être fait référence à la décision de la CNA, de toute évidence erronée. De plus, au vu de son impossibilité de reprendre son ancienne activité, il y avait lieu de mettre en œuvre des mesures professionnelles afin de lui permettre de travailler dans une activité adaptée, le taux d'invalidité étant supérieur à 20 %.

Le 17 février 2022, l'assuré a adressé à l'OAI une copie d'un rapport du 31 janvier 2022 du Prof. R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, posant les diagnostics de status post-contusion du 5<sup>e</sup> doigt de la main droite, de status post-torsion main-poignet droit, d'irritation du nerf cubital droit et d'atteinte de type CRPS type I du membre supérieur droit. Selon lui, le CRPS au décours et l'irritation du nerf cubital représentaient une atteinte à l'intégrité entre 5 et 10 % et l'activité habituelle n'était plus exigible. Il reconnaissait en revanche une pleine capacité de travail sans diminution de rendement dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : limitation de port de charges supérieures à 5 kg

et de port de charges répété supérieures à 5 kg ainsi que toute activité nécessitant des mouvements répétés du membre supérieur droit.

Par courrier du 23 février 2022, l'OAI a informé l'assuré que même en faisant une mise en parallèle des revenus, il n'y avait pas de préjudice économique ouvrant un droit à des mesures.

Le 17 mai 2022, l'assuré a adressé à l'OAI une requête urgente de mesures professionnelles en alléguant avoir droit à des mesures professionnelles au vu de son taux d'invalidité de 21 %.

Selon une communication interne de l'OAI du 31 mai 2022, il convenait de prendre l'ESS 2018 indexé à 2021 niveau de compétence 1 pour des métiers divers et variés n'exigeant pas de qualification particulière au vu des activités précédemment assumées (restauration, livraison de repas à domicile, coursier) et non le salaire indiqué par l'ancien employeur de 24 fr. 20.

Par projet de décision du 1<sup>er</sup> juin 2022, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> novembre 2020 au 30 novembre 2021. Il a en outre indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré dès le 13 août 2021, date de l'examen du Dr P.\_\_\_\_\_ et qu'il avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de port de charges supérieures à 20-25 kg, pas de port de charge répétés supérieures à 10-15 kg et pas d'activité nécessitant des mouvements répétés du membre supérieur droit. Par courriers séparés du même jour, il a indiqué que le rapport du Prof. R.\_\_\_\_\_ du 31 janvier 2022 ne permettait pas de s'écarter des conclusions de la CNA et que les conditions d'une aide au placement étaient remplies.

Pour faire suite à un entretien téléphonique du 8 juin 2022 au cours duquel l'assuré a déclaré que son état de santé ne lui permettait pas d'entrer dans une démarche d'aide au placement pour le moment, l'OAI lui

a demandé, par courrier du même jour, de confirmer cette volonté en retournant le courrier daté et signé.

Par courrier du 24 juin 2022 à l'OAI, l'assuré a, par son conseil, demandé la mise en œuvre de mesures professionnelles adaptées au CRPS.

Par courrier du 29 juin 2022, l'OAI a répondu au conseil de l'assuré que la possibilité d'aide au placement avait été déclinée par l'assuré mais qu'elle restait ouverte pour autant que l'assuré en fasse explicitement la demande. En outre, son courrier n'apportait pas d'éléments remettant en cause le projet de décision du 1<sup>er</sup> juin 2022.

L'assuré a, par courrier de son conseil du 7 juillet 2022, fait part de ses objections au projet de décision du 1<sup>er</sup> juin 2022 en alléguant que son état de santé ne s'était pas amélioré et qu'il souffrait toujours d'importantes douleurs invalidantes en lien avec un SDRC. Selon lui, le taux d'invalidité était au minimum de 21 % et des mesures de réadaptation professionnelles devaient être mises en place. Il y avait également lieu de tenir compte d'un abattement de 25 % sur les salaires statistiques. Il a en outre requis un délai à fin septembre 2022 pour compléter ses objections et produire un rapport.

Par courrier du 18 juillet 2022, l'OAI a accordé à l'assuré un délai supplémentaire au 30 septembre 2022 pour fournir tous les éléments susceptibles de permettre de revoir la situation.

Le 31 août 2022, l'assuré a, sous la plume de son conseil, adressé à l'OAI une requête de mesures professionnelles en le sommant de se déterminer d'ici le 20 septembre 2022. A son courrier était joint un rapport du 7 mars 2022 du Dr T.\_\_\_\_\_, médecin praticien et médecin-chef en chirurgie orthopédique et en réadaptation physique auprès du Centre médical de [...], posant les diagnostics de syndrome douloureux chronique du membre supérieur droit avec status après contusion D5 main droite, status après CRPS type I et déconditionnement physique, d'atteinte

lésionnelle au niveau du nerf cubital droit au canal de Guyon en régression et de cervicoscapulalgies chroniques. Ce médecin a précisé que pour pouvoir répondre clairement à la question sur les capacités professionnelles de l'assuré, une évaluation serait effectuée par le service d'ergothérapie mais que sans évaluation complémentaire il pouvait dire que les activités professionnelles impliquant des mouvements répétitifs avec port de charges n'étaient pas recommandées. Une réorientation vers le commerce ou la vente sans port de charges dépassant 3 kg était possible.

Par courrier du 9 septembre 2022, l'OAI a demandé à l'assuré s'il entendait produire d'autres rapports que celui du Dr T.\_\_\_\_\_.

Par courriel du 12 septembre 2022, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, en neurologie et médecine physique et réadaptation, a demandé à l'OAI de le contacter pour faire un état des lieux de la situation de santé et professionnelle de l'assuré, respectivement de réinsertion professionnelle.

Par requête de mesures professionnelles du 16 septembre 2022, l'assuré a, par son conseil, informé l'OAI qu'il avait trouvé un employeur qui serait susceptible de l'engager après la mise en œuvre d'une mesure professionnelle sous la forme d'un stage et d'une petite formation. Aussi, une rencontre était proposée à l'étude de son conseil avec un spécialiste en réadaptation.

Le 29 septembre 2022, l'OAI a répondu que la possibilité d'un stage pourrait être examinée dans le cadre de l'aide au placement mais que l'assuré devait faire savoir par écrit s'il souhaitait réactiver cette aide.

Par avis du 4 octobre 2022, la Dre X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du Service médical régional (ci-après : SMR), a constaté que, sur le plan médical, il n'y avait pas d'élément en faveur d'une aggravation notable de l'état de santé orthopédique de l'assuré et que les conclusions du Dr T.\_\_\_\_\_ allaient

dans le même sens que celles de l'examen final de la CNA du 13 août 2021, à savoir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du membre supérieur droit.

Le 5 octobre 2022, l'assuré, par son conseil, a fait part de ses observations et a informé l'OAI avoir débuté un stage à 30 % auprès de [...] tout en lui demandant de se déterminer très rapidement sur les mesures professionnelles. A ce courrier était joint un certificat du 21 septembre 2022 du Dr C.\_\_\_\_\_, attestant une incapacité de travail de 70 % du 21 septembre au 31 octobre 2022.

Il ressort d'une note d'entretien téléphonique du 7 octobre 2022 entre l'OAI et le Dr C.\_\_\_\_\_ que ce dernier a indiqué que l'assuré ne pouvait porter que très léger avec son bras.

Par courrier du 1<sup>er</sup> novembre 2022 adressé au représentant de l'assuré, l'OAI a constaté que les rapports du Prof. R.\_\_\_\_\_ et du Dr T.\_\_\_\_\_ n'amenaient aucun élément clinique de nature à remettre en question ses conclusions ou à mettre en évidence une aggravation. S'agissant du revenu sans invalidité, l'OAI a relevé avoir pris en compte un montant de 68'923 fr. 58, à savoir un montant supérieur à celui de 65'331 fr. 45 requis par l'assuré et qu'il n'y avait en outre pas lieu de procéder à un abattement sur le revenu avec invalidité.

Par courrier du 11 novembre 2022, l'assuré a transmis à l'OAI une copie de son contrat de stage de réinsertion non rémunéré d'une durée déterminée de trois mois dont l'OAI a accusé réception le 16 novembre 2022 en précisant que si l'assuré souhaitait réactiver l'aide au placement, il devait le faire savoir par écrit.

Par décision du 1<sup>er</sup> décembre 2022, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> novembre 2020 au 30 novembre 2021. Il a considéré que l'assuré avait retrouvé, dès le 13 août 2021, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les

limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 20-25 kg, pas de port de charges répété supérieures à 10-15 kg et pas d'activités nécessitant des mouvements répétés du membre supérieur droit.

Par courriers des 8 et 21 décembre 2022 de son conseil, l'assuré a fait part de son souhait de réactiver l'aide au placement et a informé l'OAI avoir repris une activité professionnelle à 50 % auprès de la salle de sport [...] à [...].

Faisant suite à un entretien du 11 janvier 2023 avec l'assuré, un collaborateur de l'OAI l'a informé, par courriel du même jour, avoir bien compris qu'il n'était pas d'accord avec l'exigibilité de 100 % dans une activité adaptée et que de ce fait l'aide au placement accordée allait être fermée tout en précisant que cette aide pourrait être réactivée dès que l'opposition serait levée.

Par courriel du 23 janvier 2023, le représentant de l'assuré a demandé à l'OAI une décision formelle à l'encontre de laquelle il pourra recourir s'agissant de de l'aide au placement qui pouvait être mise en œuvre quand bien même l'exigibilité de 50 % était contestée.

Par courriel du 26 janvier 2023, la collaboratrice de l'OAI a envoyé à l'assuré et à son conseil une décharge pour la part contestée de l'exigibilité à faire signer à l'assuré. Ce dernier a répondu, par retour de courriel, vouloir connaître les prestations auxquelles il aurait droit ainsi que les risques financiers s'il acceptait la décharge.

Par courriel du 28 janvier 2023, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport du 9 janvier 2023 du Prof. R. \_\_\_\_\_ et un rapport du 7 décembre 2022 du Dr C. \_\_\_\_\_ posant les diagnostics de status après contusion-torsion complexe D5 main droite (22.8.2019), de séquelles actives douloureuses avec impotence fonctionnelle du membre supérieur secondaire à un CRPS type 1, d'algoneurodystrophie du membre supérieur

droit et de cervicoscapulalgies chroniques. Il a estimé la capacité de travail en tant qu'employé de bureau à 50 %.

**B.** Dans l'intervalle, D.\_\_\_\_\_, toujours représenté par son conseil, a, par acte du 29 décembre 2022, reçu le 30 décembre 2022, recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 1<sup>er</sup> décembre 2022 en concluant principalement à la réforme de la décision litigieuse en ce sens qu'il a droit à une demi-rente d'invalidité illimitée, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision. Il a fait valoir une violation de son droit d'être entendu dans la mesure où l'intimé avait rendu sa décision sans tenir compte du rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 7 décembre 2022, alors même qu'il avait sollicité un délai pour communiquer de nouvelles pièces médicales au terme de ses objections. Il a ensuite allégué que l'intimé ne pouvait pas se contenter des seules conclusions du SMR pour motiver sa décision mais aurait dû mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire sur les plans orthopédique, neurologique et de médecine interne. S'agissant du revenu sans invalidité, il fallait constater que son salaire était 28 % inférieur au salaire de référence et que, conformément au parallélisme des revenus, il y avait lieu de prendre en compte un salaire de [53'115 fr. (correspondant au salaire sans invalidité) + 23 %, (28 % - 5 %) =] 65'331 fr. 45. Ensuite, étant donné que seule une activité légère de surveillance était compatible avec son SDRC et que ces activités étaient mal rémunérées, il fallait prendre en compte un abattement de 25 % sur les salaires statistiques, ainsi qu'en raison du fait qu'il était étranger et au bénéfice d'un permis de travail.

Par écriture du 24 janvier 2023, le recourant a produit un rapport du 9 janvier 2023 du Prof. R.\_\_\_\_\_ retenant qu'une capacité de travail à 50 % était possible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir pas de port de charge, pas d'utilisation répétée de la main droite et pas de gestes répétitifs ou en force de préhension à droite.

Par réponse du 22 février 2023, l'intimé a relevé que les rapports du Prof. R. \_\_\_\_\_ du 31 janvier 2022 et du Dr T. \_\_\_\_\_ du 7 mars 2022 n'apportaient pas d'éléments nouveaux et que leurs conclusions n'étaient pas différentes de celles de l'examen final de la CNA du 13 août 2021 selon avis de la Dre X. \_\_\_\_\_ du 6 février 2023 transmis à l'appui de la réponse. Quant aux rapports du Prof. R. \_\_\_\_\_ du 9 janvier 2023 et du Dr C. \_\_\_\_\_ du 7 décembre 2022, il a proposé de réinterroger ces deux médecins sur l'évolution des pathologies, les limitations fonctionnelles et sur la capacité de travail dans une activité adaptée. S'agissant de la comparaison des revenus, il était à noter qu'il n'y avait pas de préjudice économique, que l'on procède à une mise en parallèle des revenus ou que l'on compare les revenus ressortant de l'ESS. En outre, aucun abattement ne devait être effectué sur le revenu d'invalidité. En annexe à cette réponse, l'intimé a produit les documents envoyés par la CNA le 3 février 2023 dont notamment la décision sur opposition du 24 octobre 2022 rejetant l'opposition du recourant.

Par réplique du 8 mars 2023, le recourant, par son mandataire, a maintenu l'intégralité de ses conclusions en relevant que l'intimé aurait dû mettre en œuvre une expertise comme l'avait confirmé l'avis de la Dre X. \_\_\_\_\_ du 6 février 2023 et non se contenter de l'avis du médecin d'arrondissement de la CNA.

Par duplique du 4 avril 2023, l'intimé a mentionné qu'au moment où la décision entreprise avait été rendue, il n'avait aucune raison de s'écarter des conclusions du médecin d'arrondissement de la CNA du 13 août 2021. S'il avait proposé de poser des questions aux Prof. R. \_\_\_\_\_ et Dr C. \_\_\_\_\_, c'est parce que les renseignements amenés ne permettaient pas de déterminer si la situation s'était aggravée ou non depuis août 2021 et à quelle date et s'il fallait ou non conclure au maintien de la décision attaquée. Il a précisé qu'il n'y avait en revanche pas à faire de plus amples investigations.

Le recourant s'est encore exprimé par déterminations du 19 avril 2023 dans lesquelles il a maintenu l'intégralité de ses conclusions.

## **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.** En l'espèce, est litigieux le droit à une rente d'invalidité du recourant au-delà du 30 novembre 2021.

**3. a)** 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 antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**b)** En l'espèce, la décision litigieuse, rendue le 1<sup>er</sup> décembre 2022, fait suite à une demande de prestations déposée le 11 mai 2020 en raison d'une incapacité de travail résultant d'une atteinte à la santé s'étant produite en 2019. Un éventuel droit à une rente prendrait ainsi naissance au terme du délai de carence de six mois (cf. art. 29 al. 1 LAI), à savoir en novembre 2020, très largement avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Il convient dès lors d'appliquer l'ancien droit, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**4.** Sur le plan formel, le recourant a reproché à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendu en rendant sa décision sans tenir compte du rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 7 décembre 2022.

**a)** Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment 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).

Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2). Cette violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1).

Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et références citées).

**b)** En l'occurrence, le recourant a bénéficié du temps nécessaire entre juin et décembre 2022 (six mois) pour déposer de nouvelles pièces médicales durant la procédure administrative. En outre, dans le délai prolongé au 30 septembre 2022 par l'OAI à sa demande, il n'a produit que le rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 7 mars 2022 alors qu'il aurait également pu produire un rapport du Dr C. \_\_\_\_\_, celui-ci ayant pris contact avec l'OAI le 12 septembre 2022 pour discuter du cas et l'ayant vu le 21 septembre 2022 (cf. certificat d'arrêt de travail depuis cette date jusqu'au 31 octobre 2022). On constatera encore que le Dr C. \_\_\_\_\_ a à nouveau pris contact avec l'OAI par téléphone du 7 octobre 2022 sans toutefois que le recourant ne requiert un délai supplémentaire pour produire un rapport alors qu'il a eu l'occasion de se déterminer par courriers des 5 octobre et 11 novembre 2022.

Au surplus, le droit de faire administrer des preuves sur des faits pertinents n'empêche toutefois pas l'autorité, selon la jurisprudence, de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former 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 pas l'amener à modifier son opinion (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). On ne saurait demander à l'autorité de suspendre indéfiniment le traitement des demandes afin que les assurés se déterminent et déposent leurs moyens de preuves (TF

9C\_160/2023 du 17 octobre 2023 consid. 3.2). L'intimé n'a donc pas violé le droit du recourant d'être entendu en statuant le 1<sup>er</sup> décembre 2022 sur la base du dossier dont il disposait.

Enfin, en tout état de cause, l'autorité de céans dispose d'un plein pouvoir d'examen, de sorte qu'une éventuelle violation du droit d'être entendu devrait être considérée comme réparée au stade de la procédure judiciaire, puisque le recourant a pu produire des pièces à l'appui de son recours devant la Cour de céans.

**5. 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).

**6. 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)** Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

**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).

**e)** Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve

; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C\_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

**f)** 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).

**7.** Sur le fond, le recourant s'est plaint du fait que l'intimé ne pouvait pas se contenter des seules conclusions du SMR qui renvoyaient aux conclusions du médecin d'arrondissement de la CNA mais aurait dû mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire sur les plans orthopédique, neurologique et de médecine interne.

**a)** En l'espèce, le recourant a été victime d'un accident professionnel le 22 août 2019 qui a été annoncé à la CNA qui a pris le cas en charge. Il a ensuite déposé une demande de prestations auprès de l'OAI le 11 mai 2020 qui a fait l'objet d'une longue instruction en collaboration avec l'assureur-accidents. Le recourant a ainsi séjourné à deux reprises à la Clinique K.\_\_\_\_\_ en 2020 et en 2021. Les différents rapports médicaux ont été régulièrement communiqués à l'intimé. Il a en outre été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA le 13 août 2021. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a établi une anamnèse de l'ensemble des rapports médicaux émis par les médecins traitants depuis l'accident du 22 août 2019. Il a pris note des déclarations du recourant puis l'a lui-même examiné le 13 août 2021. Il a posé ses diagnostics et émis son appréciation dans laquelle il a déterminé les limitations fonctionnelles

suivantes : pas de port de charges supérieures à 20-25 kg, pas de port de charges répété supérieures à 10-15 kg et pas d'activités nécessitant des mouvements répétés du membre supérieur droit. Il a enfin estimé que l'activité habituelle n'était plus exigible et qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était attendue sans diminution de rendement. Le rapport du médecin-conseil est ainsi fondé sur un dossier complet et les conclusions, claires et étayées, sont convaincantes. Les conclusions de ce rapport sont d'ailleurs confirmées par les médecins de la Clinique K.\_\_\_\_\_ qui ont également posé le diagnostic de SDRC et ont retenu les mêmes limitations fonctionnelles dans leur rapport du 9 juin 2021. On relèvera encore que l'imagerie n'a mis en évidence aucune fracture, ni aucune lésion pouvant expliquer la symptomatologie présentée par le recourant (cf. rapports du 23 août 2019 du Dr W.\_\_\_\_\_, du 18 novembre 2019 du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_, du 12 décembre 2019 du Dr V.\_\_\_\_\_, du 20 décembre 2019 du Dr J.\_\_\_\_\_, du 3 décembre 2019 du Prof. L.\_\_\_\_\_ et du 27 avril 2021). Quant aux médecins traitants, si les Drs H.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ ont également posé le diagnostic de SDRC, ils n'ont pas retenu de limitations fonctionnelles plus étendues que celles indiquées par le Dr P.\_\_\_\_\_ et ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail du recourant (cf. rapports des 31 août 2020, 4 octobre 2020 et 4 janvier 2021), se contentant d'établir de simples certificats d'arrêt de travail non motivés qui ne sauraient constituer des pièces suffisantes pour remettre en cause les rapports des médecins de la Clinique K.\_\_\_\_\_ et du Dr P.\_\_\_\_\_. Faisant suite au projet de décision du 1<sup>er</sup> juin 2022 de l'OAI, le recourant a produit un rapport du 7 mars 2022 du Dr T.\_\_\_\_\_ dans lequel ce médecin a indiqué qu'une réorientation vers le commerce ou la vente sans port de charges dépassant 3 kg était possible. Par avis du 4 octobre 2022, la Dre X.\_\_\_\_\_ du SMR a considéré qu'il n'y avait pas d'élément en faveur d'une aggravation notable de l'état de santé orthopédique du recourant et que les conclusions du Dr T.\_\_\_\_\_ allaient dans le même sens que celles du Dr P.\_\_\_\_\_. L'OAI a, en considérant que les rapports des Prof. R.\_\_\_\_\_ et Dr T.\_\_\_\_\_ n'avaient amené aucun élément clinique de nature à remettre en cause ses conclusions, confirmé son projet par décision du 1<sup>er</sup> décembre 2022 dans lequel il a

indiqué octroyer au recourant une rente d'invalidité entière limitée dans le temps du 1<sup>er</sup> novembre 2020 au 30 novembre 2021, estimant que l'intéressé avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à partir du mois du 13 août 2021 et que le revenu qu'il était en mesure d'en retirer ne laissait subsister aucun préjudice économique en sa défaveur.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'intimé a rendu sa décision en se fondant sur un examen complet et probant du Dr P.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, dont les conclusions ont été confirmées tant par la Clinique K.\_\_\_\_\_, que par le Prof. R.\_\_\_\_\_ et le Dr T.\_\_\_\_\_ (cf. rapports des 31 janvier et 7 mars 2022). La critique du recourant selon laquelle l'intimé n'aurait pas dû se contenter de l'avis SMR renvoyant à l'examen du Dr P.\_\_\_\_\_ ne saurait ainsi être suivie. A cet égard, on rappellera que les avis SMR opère une synthèse de la documentation médicale à disposition et ne sont pas dénués de valeur probante. Ils peuvent servir de socle à l'appréciation de l'administration ou du tribunal pour autant que leur fiabilité ne soit pas mise en doute (cf. consid. 5e *supra*), ce qui n'est pas le cas en l'espèce, notamment à l'aune des rapports des médecins traitants. Au vu des documents à sa disposition, l'intimé n'avait pas à mettre en œuvre une expertise et l'argument du recourant tombe dès lors à faux.

**b)** Le recourant fait cependant valoir que sa capacité de travail dans une activité adaptée n'est que de 50 % en se référant aux rapports des 7 décembre 2022 du Dr C.\_\_\_\_\_ et 9 janvier 2023 du Prof. R.\_\_\_\_\_. Or, force est de constater que ces rapports ont été établis après la décision du 1<sup>er</sup> décembre 2022 et ne sauraient dès lors être pris en compte à ce stade de la procédure du moment qu'ils ne mentionnent pas couvrir une période antérieure au 1<sup>er</sup> décembre 2022 (cf. consid. 5c *supra*). A cet égard, on relèvera que si la Dre X.\_\_\_\_\_ du SMR a, par avis du 6 février 2023, préconisé la mise en œuvre d'une expertise orthopédique et neurologique, c'est bien en raison des rapports des Dr C.\_\_\_\_\_ et Prof. R.\_\_\_\_\_. Or, ceux-ci étant postérieurs à la décision attaquée, ils ne sauraient justifier la mise en œuvre d'une expertise dans

le cadre de l'examen de la décision du 1<sup>er</sup> décembre 2022. A noter que si une aggravation de l'état de santé du recourant devait effectivement s'être produite à la fin de l'année 2022, il lui serait loisible de déposer une nouvelle demande de prestations.

On constatera pour le surplus que même si les rapports du Prof. R.\_\_\_\_\_ et du Dr C.\_\_\_\_\_ avaient pu être pris en compte, ils n'auraient de toute façon été d'aucun secours au recourant. En effet, dans son rapport du 7 décembre 2022, le Dr C.\_\_\_\_\_ n'a pas listé les limitations fonctionnelles du recourant et a indiqué une capacité de travail de 50 % en tant qu'employé de bureau sans se prononcer sur la capacité de travail dans d'autres activités adaptées et alors qu'il avait signé de manière contradictoire et non motivée un arrêt de travail faisant état d'une incapacité de travail de 70 % (cf. certificat du 21 septembre 2022). Quant au Prof. R.\_\_\_\_\_, s'il a, dans son rapport du 9 janvier 2023, attesté une capacité de travail de 50 % dans un travail adapté, il n'a toutefois pas détaillé, ni étayé son appréciation alors même qu'il avait, dans son rapport du 31 janvier 2022, attesté une pleine capacité de travail dans une activité adaptée tout en retenant le même diagnostic de CRPS et les mêmes limitations fonctionnelles. Il y a ainsi lieu de constater que le Prof. R.\_\_\_\_\_ a procédé à une appréciation différente d'un même état de fait, qui plus est en faveur de son patient, et que son rapport du 9 janvier 2023 n'est ainsi pas susceptible de remettre en cause la capacité de travail entière retenue par l'intimé dans une activité adaptée.

**c)** On relèvera ici qu'aucun trouble psychique n'a été retenu lors du séjour du recourant à la Clinique K.\_\_\_\_\_ (cf. évaluation psychiatrique du 5 mai 2020 de la Dre B.\_\_\_\_\_ et p. 6 du rapport du 9 juin 2021), ni par le Dr H.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 17 juin 2020) et que l'état de santé psychique du recourant n'a fait l'objet d'aucun diagnostic, ni suivi. Seul le Dr S.\_\_\_\_\_ a mentionné, dans ses rapports des 4 octobre 2020 et 4 janvier 2021, un état de détresse psychologique et une répercussion psychologie sans toutefois poser de diagnostics, n'étant en outre pas psychiatre. Le recourant n'a d'ailleurs pas allégué souffrir d'une telle atteinte. Du point de vue neurologique, si le recourant a fait valoir

que l'intimé aurait dû mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire comprenant un volet neurologique, force est de constater qu'aucune atteinte neurologique n'a été constatée, notamment par le Dr E. \_\_\_\_\_ (cf. rapports des 7 mai 2020 et 30 avril 2021), et que rien au dossier ne permet de douter du caractère complet des investigations, tant dans le volet psychiatrique que neurologique.

**d)** Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a retenu que, au moment de la décision litigieuse, le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**8.** S'agissant du volet économique, le recourant a fait valoir que son salaire de valide était 28 % inférieur au salaire de référence et qu'il fallait appliquer le parallélisme des revenus. Il a fait valoir qu'il fallait également tenir compte d'un abattement de 25 % sur le salaire d'invalidé du moment que ses limitations fonctionnelles l'empêchaient d'avoir accès aux activités les mieux rémunérées du niveau de compétence 1 et du fait qu'il était étranger et au bénéfice d'un permis de travail.

**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). Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité 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 (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16).

**b)** 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 (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).

**c)** La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que 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)** Lorsqu'avant la survenance de l'atteinte à la santé la personne assurée réalisait un revenu nettement inférieur aux salaires habituels dans sa branche d'activité pour des raisons étrangères à l'invalidité, il y a lieu d'en tenir compte dans la comparaison des revenus en opérant un parallélisme des revenus à comparer pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 141 V 1 consid. 5.4 ; 134 V 322 consid. 4.1). Le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux

salaires habituels lorsque pour une activité à temps complet, sans heures supplémentaires, il est inférieur d'au moins 5 % au salaire statistique de la branche pour l'ensemble de la Suisse (ATF 141 V 1 consid. 5.7 ; 135 V 297). Il convient alors de prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. En pratique, on peut tenir compte des facteurs étrangers à l'invalidité, pour déterminer le revenu sans invalidité, en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité pour le porter jusqu'à un montant correspondant au salaire statistique de la branche, mais réduit de 5 %, et renoncer à procéder à une déduction particulière en raison des mêmes facteurs lors du calcul du revenu avec invalidité au moyen de salaires statistiques. Dans ce dernier calcul, seule entre encore en considération une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de la personne assurée et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

Toutefois, lorsque la réalisation d'un revenu d'invalidé situé dans la moyenne apparaît raisonnablement possible et exigible, il n'y a pas lieu d'adapter en conséquence le revenu sans invalidité qui serait inférieur à la moyenne pour des motifs d'ordre économique. Cela n'est pas constitutif d'une inégalité de traitement à l'égard des personnes à faible revenu. En d'autres termes, un motif exclusivement économique pour justifier un salaire inférieur à la moyenne n'est pas suffisant pour adapter le salaire statistique (ATF 135 V 58 consid. 3.4).

**9.** En l'occurrence, l'intimé a calculé le degré d'invalidité du recourant en tenant compte de l'ESS 2018 TA1\_skill level, tous secteurs d'activité confondus, niveau de compétence 1 pour un homme, tant pour le revenu avec que sans invalidité. Pour le salaire sans invalidité, il a estimé que, vu l'âge du recourant, il ne se serait pas contenté d'un emploi temporaire et que le revenu indiqué par son ancien employeur n'avait dès lors pas à être pris en compte (cf. communication interne du 31 mai 2022). Le recourant ne s'est pas exprimé sur cette manière de faire se

contentant d'indiquer qu'il fallait prendre en compte un montant de 65'331 fr. 45 au vu du parallélisme des revenus qui devait être appliqué. En l'occurrence, le montant ressortant de l'ESS 2018 indexé à 2021 rapporté à une durée hebdomadaire de 41.7 heures s'élève à 68'441 fr. 11, et non à 69'474 fr. 97 tel qu'indiqué par l'OAI du moment que l'indexation pour 2021 est de - 0.7 % et non de + 0.8 %, ce qui est supérieur au revenu revendiqué par le recourant.

Le montant de 68'441 fr. 11 peut dès lors être confirmé. Il en va de même pour le revenu avec invalidité, le recourant n'ayant pas contesté le principe d'un calcul du revenu d'invalidé basé sur l'ESS vu l'absence de revenu effectivement réalisé, ni le résultat du calcul. Il a en revanche fait valoir qu'un abattement de 25 % devait être pris en compte du moment que ses limitations fonctionnelles l'empêchaient d'avoir accès aux activités les mieux rémunérées du niveau de compétence 1 et du fait qu'il était étranger et au bénéficiaire d'un permis de travail. Or, les circonstances du cas d'espèce ne justifient pas que l'on tienne compte de tels facteurs. En effet, il y a lieu de constater que le recourant n'est pas limité sur le plan de ses connaissances linguistiques et qu'il est en mesure d'exercer une activité à plein temps sans diminution de rendement si l'activité respecte ses limitations fonctionnelles. De plus, les restrictions fonctionnelles reconnues, qui exigent du recourant qu'il évite les efforts répétitifs du membre supérieur droit ainsi que le port de charges de 20-25 kg et le port répété de charges de 10-15 kg, ne sauraient être qualifiées de sévères. Elles ne suffisent pas à réduire les perspectives salariales dans une mesure permettant un abattement sur son salaire d'invalidé. Une déduction supplémentaire sur le salaire statistique ne se justifie donc pas pour tenir compte des circonstances liées à son handicap, un abattement n'entrant en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus d'éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (cf. TF 8C\_659/2021 du 17 février 2022 consid. 4.3.1). En outre, tant la nationalité française du recourant que son permis B ne le placent pas dans une situation précaire du point de vue du droit des étrangers. En effet, les citoyens de l'Union européenne, notamment les citoyens français comme l'est le recourant, ne rencontrent pas de difficultés particulières dans

l'obtention d'un permis de travail suisse. Il importe encore de mentionner que le recourant est né en [...], de sorte qu'il est encore jeune, qu'il s'exprime en français et qu'il dispose d'une expérience professionnelle variée, soit des éléments parlant plutôt en faveur d'un possible retour sur le marché du travail. Ces critères ne justifient donc pas de procéder à une réduction supplémentaire du salaire statistique. Si par impossible un abattement devait être concédé, il ne pourrait excéder 5 %, ce qui ne suffirait pas à ouvrir le droit du recourant à des prestations, puisqu'aucun préjudice économique ne résulterait de la comparaison entre le revenu de valide et celui d'invalidé. A titre indicatif, et sur le plan purement théorique puisque les circonstances du cas d'espèce ne le justifient pas, même un abattement de 10 %, voire 15 %, aboutirait à une invalidité largement inférieure à 40 %, insuffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (68'441 fr. 11 - [68'441 fr. 11 x 90 %] = 6'844 fr. 12 : 68'441 fr. 11 = 10 % / 68'441 fr. 11 - [68'441 fr. 11 x 85 %] = 10'226 fr. 17 : 68'441 fr. 11 = 15 %).

**10.** Si le recourant n'a pas conclu à l'octroi de mesures de réinsertion professionnelle dans son recours, il en avait cependant requises lors de la procédure administrative.

**a)** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, dont la teneur est restée inchangée dans sa version au 1<sup>er</sup> janvier 2022, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) 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 (jusqu'au 31 décembre 2021 : orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital ; ainsi que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022 : placement à l'essai, location de service, allocation d'initiation au travail, indemnité en cas d'augmentation des cotisations).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et réf. cit.), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'AI, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C\_609/2009 15 avril 2010 consid. 9.2 et la référence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1 ; TFA I 370/98 du 26 août 1999 publié in : VSI 3/2002 p. 111 consid. 2 et réf. cit.).

**b)** En l'occurrence, l'OAI a nié au recourant le droit à des mesures de reclassement, prévues à l'art. 17 LAI, au motif que son degré d'invalidité n'atteignait pas le seuil de 20 % (ATF 139 V 399 consid. 5.3), ce qui peut être confirmé.

Une aide au placement avait par ailleurs été proposée au recourant qui l'avait initialement refusée, s'estimant incapable de travailler (cf. courrier du 29 juin 2022) mais qui a cependant été réouverte après que le recourant a fait part de son souhait de réactiver cette mesure par courriers des 8 et 21 décembre 2022.

**11.** Si le recourant n'a pas formellement requis la mise en œuvre d'une expertise à titre de mesure d'instruction dans son acte du 29 décembre 2022, force est de constater qu'il en est fait mention dans l'avis SMR du 6 février 2023 et dans les écritures des parties subséquentes au recours.

Comme démontré ci-dessus, l'instruction menée par l'intimé au moment de rendre sa décision était suffisante et la mise en œuvre d'une expertise n'était alors pas nécessaire. Il en va de même au stade de

la procédure de recours, le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**12.**                    **a)** Au vu de ce qui précède, le recours 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. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 1<sup>er</sup> décembre 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 mis à la charge de D. \_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc (pour D. \_\_\_\_\_),
- 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 :