

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 avril 2025

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
MM. Neu et Tinguely, juges
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16, 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 8, 18, 28, 29 LAI ; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], droitier, marié, père de trois enfants nés en [...], [...] et [...], sans formation certifiante, a travaillé dès le 22 mai 2018 en tant que technicien de surface pour A._____ SA, au bénéfice d'un contrat de travail de durée déterminée devant prendre fin le 31 août 2019.

Le 24 juin 2019, sur son lieu de travail, alors qu'il était monté sur un escabeau pour nettoyer un store, l'assuré a glissé et est tombé sur son bras gauche (cf. déclaration de sinistre du 28 juin 2019). Il s'est rendu immédiatement aux urgences de [...], où il a expliqué qu'il nettoyait les vitres du 1^{er} étage lorsque l'échelle sur laquelle il se trouvait a glissé. Une fracture déplacée a été constatée au niveau du poignet gauche (cf. rapport de transmission du Dr [...], médecin assistant, du 25 juin 2019). Un arrêt de travail a été délivré dès cette date. La Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents (CNA) a pris en charge le cas d'accident et versé des prestations.

Adressé au Service d'orthopédie de l'Hôpital [...], l'assuré a passé un scanner du poignet et du coude gauche le 28 juin 2019, puis le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à une ostéosynthèse par plaque palmaire et radiale Aptus pour fracture du radius distal gauche le 29 juin 2019 (cf. protocole opératoire et lettre de sortie établis les 3 et 9 juillet 2019 par le Dr P._____). Des radiographies de contrôle du poignet gauche ont été effectuées les 1^{er} juillet, 18 septembre et 5 novembre 2019. Aux consultations post-opératoires de septembre et novembre 2019, le patient se plaignait encore de douleurs et la mobilité des doigts restait très limitée, alors que la fracture avait guéri et que le matériel d'ostéosynthèse était bien positionné. Le Dr P._____ suspectait en conséquence le développement d'une algodystrophie (cf. comptes-rendus de consultation des 18 septembre et 5 novembre 2019).

A l'initiative de la CNA, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 18 décembre 2019, en mentionnant une probable maladie de Südeck au poignet gauche.

Débutant l'instruction de la demande, l'OAI a versé au dossier un extrait du compte individuel AVS le 6 janvier 2020 et s'est fait remettre une copie du dossier constitué par la CNA.

A la demande de la CNA, le Dr N._____, spécialiste en rhumatologie auprès de la Z._____, a examiné l'assuré le 9 janvier 2020. Dans son rapport du 13 janvier 2020, ce spécialiste a confirmé le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe (SDRC ; également appelé CRPS, algodystrophie ou maladie de Südeck). Il a prescrit un traitement ciblé et précisé que, pour un travailleur manuel, il ne fallait pas s'attendre à une reprise du travail avant six mois au mieux.

A._____ SA a rempli le questionnaire de l'OAI pour l'employeur le 9 mars 2020. Il en ressort que l'assuré a effectué plusieurs missions temporaires entre le 22 août 2018 et le 31 août 2019, pour des nettoyages de fin de chantier. Un décompte des salaires versés était joint.

A la demande de la CNA, l'assuré a été pris en charge à la Z._____ du 26 février au 20 mars 2020. A l'issue du séjour, impacté par les restrictions liées à la pandémie de Covid-19, les médecins de l'établissement ont constaté une légère amélioration de l'enroulement des doigts, de la force et de la mobilité du poignet, ainsi qu'une légère diminution des douleurs. Il a été retenu que les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées. La situation n'était pas encore stabilisée, la poursuite des traitements d'ergothérapie et de physiothérapie pouvant améliorer les aptitudes fonctionnelles, dans un délai de 8 à 10 mois. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient retenues : port de charges supérieures à 2 kg, ports de charges répétés, mouvements nécessitant de la force ou des amplitudes importantes du poignet gauche, mouvements

répétés du poignet gauche, activités nécessitant des mouvements fins de la main gauche. Dans une activité adaptée à ces limitations, le pronostic de réinsertion était théoriquement favorable mais pouvait être influencé par des facteurs personnels et contextuels.

A la consultation du 4 mai 2020, le Dr P._____ a constaté que le séjour à la Z._____ n'avait pas amené de bénéfice majeur sur les douleurs et les limitations. L'évolution restait lente.

L'OAI a mis en place des mesures d'intervention précoce avec l'octroi de trois modules externalisés (entretien d'évaluation, bilan et préparation à l'emploi/stages) auprès de Q._____ du 8 juin 2020 au 26 février 2021 (cf. Communication du 29 mai 2020). Ces mesures ont été interrompues à l'issue du second module, qui a comporté notamment un bilan de compétences avec une analyse des environnements de travail pouvant convenir et une mise à jour du dossier professionnel, car l'état de santé de l'assuré n'était pas encore stabilisé. Il paraissait important que l'assuré puisse récupérer un meilleur usage de sa main gauche pour faciliter sa réinsertion car il n'avait pas de formation et avait toujours exercé des métiers manuels (cf. rapport de Q._____ du 7 octobre 2020 et note interne de service d'intervention précoce (IP) du 15 octobre 2020). L'OAI a alors considéré qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place d'autres mesures d'intervention précoce et que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables pour l'instant (cf. Communication du 20 octobre 2020).

L'assuré a été examiné le 16 décembre 2020 par le Dr F._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, qui a préconisé un complément de rééducation à la Z._____, centré sur l'évaluation professionnelle. Il a constaté que l'assuré, droitier, se plaignait de douleurs diffuses du poignet et de la main gauches remontant jusqu'au coude et associées à un gonflement, mais qu'il se servait « assez normalement » de sa main gauche. L'épaule, le coude et le poignet gauches étaient souples et indolores. La main gauche ne présentait pas de franche tuméfaction ni de décoloration, de différence de

température ou de sudation en comparaison à l'autre main. L'assuré avait retrouvé une mobilité quasiment complète du pouce mais l'enroulement des doigts longs était encore limité. La maladie de Südeck ne paraissait ainsi plus très active.

Le Dr P. _____ a revu l'assuré en consultation le 11 janvier 2021 et a constaté que le patient rapportait toujours des douleurs mais qu'il arrivait à plus utiliser sa main dans la vie quotidienne. Un suivi d'antalgie était en cours (cf. rapport de consultation du 12 janvier 2021).

La CNA a organisé un nouveau séjour de rééducation à la Z. _____ du 20 janvier au 3 février 2021. Le rapport établi le 26 février 2021 indiquait que le SDRC était au décours et qu'aucun nouveau diagnostic n'avait été posé, y compris sur le plan psychopathologique qui avait fait l'objet d'une évaluation par le psychiatre. Il était relevé que les performances réalisées aux tests fonctionnels étaient quasiment identiques à celles effectuées en mars 2020. Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour et des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient, à savoir un catastrophisme élevé, une kinésiophobie modérée à sévère, une focalisation sur la douleur, une cotation élevée de la douleur et une sous-estimation importante de ses capacités fonctionnelles, chez un patient anxieux. D'autres facteurs contextuels pouvaient interférer avec le retour au travail, à savoir une mauvaise maîtrise du français, l'absence de formation, l'absence de contrat de travail et une longue période sans travailler. Les limitations fonctionnelles définitives suivantes étaient ainsi retenues : port de charge supérieure à 5-10 kg, port de charges répété supérieures à 5 kg, mouvements nécessitant de la force ou des amplitudes importantes du poignet et/ou de la main gauches, mouvements répétés du poignet et/ou de la main gauche, activités nécessitant des mouvements fins de la main gauche.

Le Dr S. _____, spécialiste en médecine interne générale, a rempli un questionnaire de l'OAI le 19 avril 2021. Posant les diagnostics de

status post fracture intra-articulaire du radius gauche le 24 juin 2019 et de probable maladie de Südeck, il a fait état d'une évolution défavorable depuis l'intervention. Les limitations fonctionnelles étaient une limitation de la force et de la mobilité du poignet et de la main gauche. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 24 juin 2019 et de 50 à 60 % dans une activité adaptée depuis « actuellement ».

Le Dr F. _____ a examiné à nouveau l'assuré le 23 mars 2021. Relevant d'emblée que le patient mettait désormais clairement de côté sa main gauche, le médecin d'arrondissement a constaté que la maladie de Südeck, au décours, n'était plus très active mais laissait des raideurs articulaires relativement importantes. L'assuré restait très passif devant une situation qu'il avait l'air de considérer comme acquise et ne semblait pas dans une démarche de recherche d'un emploi adapté. Même s'il prétendait le contraire, l'assuré continuait à ne pas intégrer sa main gauche. Le Dr F. _____ a ensuite procédé à un examen final de l'assuré le 14 juin 2021. Confirmant ses précédentes observations et les limitations fonctionnelles déterminées par la Z. _____, il a conclu à une capacité de travail entière dans une activité respectant ces limitations « si on fait abstraction des facteurs personnels et contextuels ».

Par décision du 24 juin 2021, la CNA a mis fin au versement de l'indemnité journalière et au paiement des soins médicaux avec effet au 30 juin 2021. Elle a ensuite constaté, dans une décision du 21 juillet 2021, que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles liées à son accident et qu'il n'en résultait pas de perte de gain, de sorte qu'aucune rente d'invalidité ne pouvait être octroyée. En revanche, l'atteinte à l'intégrité donnait droit à une indemnité de 15 %. L'opposition de l'assuré contre cette décision a été rejetée le 11 février 2022.

Réinterrogé par l'OAI par courrier du 26 juillet 2021, le Dr S. _____ a indiqué le 10 septembre 2021 que l'évolution de la probable maladie de Südeck était stationnaire, sans amélioration. Il évaluait la capacité de travail à 0 % dans l'activité habituelle et à 50 %

depuis septembre 2021 dans une activité adaptée. Il n'a par ailleurs pas répondu à la question portant sur d'éventuelles investigations en cours en raison de gonalgies, mentionnées dans un courrier du mandataire de l'assuré du 29 juin 2021.

Dans un rapport de consultation du 9 septembre 2021, le Dr P._____ a indiqué que l'état clinique et les plaintes étaient les mêmes qu'aux consultations précédentes. Deux ans après l'accident, la maladie de Südeck n'avait pas évolué et il proposait de consulter un rhumatologue pour un suivi à long terme. Le constat était le même à la consultation du 1^{er} décembre 2021, le Dr P._____ suggérant de solliciter un second avis auprès du Service X._____, au Centre G._____ (cf. rapport de consultation du 3 décembre 2021).

Répondant le 11 février 2022 à un questionnaire de l'OAI, le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au Service X._____, a posé les diagnostics concernant le poignet gauche de status post-CRPS à la suite d'une réduction ouverte et ostéosynthèse avec double plaque et vis du radius distal, de status post-fracture complète de l'avant-bras à l'âge de 12 ans avec cal vicieux et d'arthrose de l'articulation radio-ulnaire distale. Une intervention visant l'ablation du matériel d'ostéosynthèse était planifiée en mars 2022, avec pour objectif d'améliorer une partie des douleurs. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais une capacité de travail de 100 % était envisageable dans une activité tenant compte de l'atteinte à la santé.

Réinterrogé par l'OAI, le Dr P._____ a indiqué le 13 février 2022 que l'assuré restait totalement inapte à travailler en raison d'un manque de fonction de sa main gauche lié aux douleurs, ainsi que d'une réduction de la force et de la mobilité, en précisant qu'un suivi au Centre G._____ était en cours.

Le Dr S._____ a répondu le 26 juillet 2022 à des questions complémentaires de l'OAI. Indiquant, comme seule atteinte avec

répercussion sur la santé, la maladie de Südeck post traumatisme du poignet gauche, il évoquait une évolution stationnaire, sans amélioration significative malgré l'intervention d'ablation du matériel d'ostéosynthèse. La capacité de travail était nulle dans toute activité en raison des douleurs et de la limitation de la mobilité du poignet.

Consulté par l'OAI le 17 novembre 2022, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) s'est rallié aux avis du Dr L. _____ et du médecin d'arrondissement de la CNA.

Le 17 février 2023, le conseil de l'assuré a produit un rapport établi à sa demande par le Dr S. _____, daté du 18 mai 2022, indiquant qu'hormis l'atteinte au poignet gauche, son patient était « suivi pour un syndrome cervico-vertébral droit avec gonalgies bilatérales sur gonarthrose débutante ».

Le 20 février 2023, l'OAI a établi un rapport final et un calcul du salaire exigible, concluant à un préjudice économique nul. Il était en outre relevé qu'une mesure d'intervention précoce avait été mise en place pour examiner les professions possibles et qu'aucune mesure n'aurait été susceptible de réduire un éventuel préjudice économique, une aide au placement pouvant cependant être proposée.

Le même jour, un projet de décision prévoyant l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2020 au 30 septembre 2021 a été notifié à l'assuré. Il était exposé que l'incapacité de travail et de gain était totale à l'issue du délai d'attente d'une année, le 24 juin 2020, puis que l'assuré avait récupéré dès le 14 juin 2021 une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : le port de charges supérieures à 5-10 kg, le port répété de charges supérieures à 5 kg, les mouvements nécessitant de la force ou des amplitudes importantes du poignet et/ou de la main gauche, ainsi que les mouvements répétés et les activités nécessitant des mouvements fins de la main gauche. Cette capacité de travail pouvait être mise en valeur dans un travail simple dans le domaine industriel léger, par exemple le

montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, en tant qu'ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères ou encore en tant qu'ouvrier dans le conditionnement. La comparaison du revenu réalisé dans le précédent emploi avec le salaire que peut recevoir un homme dans des activités non qualifiées de la production et des services à 100 % selon les statistiques, avec un abattement de 10 % pour tenir compte de l'âge et des limitations fonctionnelles, ne montrait aucun préjudice. Le droit à la rente s'éteignait donc trois mois après l'amélioration de l'état de santé. Une aide au placement a par ailleurs été octroyée par courrier séparé du même jour.

Par courrier de son conseil du 8 mars 2023, l'assuré a fait part de son souhait de recourir à l'aide au placement, ainsi que de ses objections au projet de décision. Il avait été tenu compte uniquement de l'atteinte touchant le poignet et la main gauches, alors qu'il souffrait d'autres atteintes, comme attesté par le rapport du Dr S. _____ daté du 18 mai 2022. Il exposait par ailleurs que l'abattement de 10 % sur le revenu statistique était insuffisant en raison d'autres facteurs défavorables, à savoir la date et l'âge d'arrivée en Suisse, l'absence de formation et les difficultés à parler français.

Sur recommandation du SMR, l'OAI a prié le Dr S. _____ de fournir les copies des examens complémentaires sollicités auprès de spécialistes. Celui-ci a remis les éléments nouveaux suivants le 28 avril 2023 :

- Un rapport de consultation établi le 19 mars 2021 par la Dre I. _____, spécialiste en anesthésiologie, indiquant avoir suivi l'assuré du 10 septembre 2020 au 18 mars 2021. Un traitement médicamenteux de la douleur lui avait été proposé, qui avait bien diminué les douleurs. Le patient avait refusé une prise en charge infiltrative. Le suivi avait pris fin, car l'intéressé allait mieux après son séjour à la Z. _____, la symptomatologie douloureuse n'étant plus présente dans tout le membre supérieur gauche mais limitée à la main.

- Un rapport de radiographies de la colonne cervicale et des genoux du 19 avril 2021, concluant à une discrète uncarthrose pluri-étagée (C3 à C6) et une arthrose débutante du compartiment interne du genou droit.
- Un rapport de consultation du Dr L._____ du 21 avril 2022, exposant que le patient présentait une amélioration clinique depuis l'intervention d'ablation du matériel d'ostéosynthèse du 2 mars 2022, avec une amélioration du status et moins de douleurs sans réactivation du CRPS. Une reprise dans un travail légèrement manuel à 50 % était possible, comportant peu de charges du poignet gauche (environ 5 kg, ou 2 kg répétitif).

Ces pièces ont été soumises au SMR, qui a conclu dans son avis du 13 juin 2023 à l'absence de modification des limitations fonctionnelles retenues. Les radiographies de la colonne cervicale et des genoux étaient rassurantes et aucun suivi spécialisé n'était nécessaire, tandis que le rapport du Service X._____ du 21 avril 2022 faisait état d'une amélioration des douleurs du poignet depuis l'intervention de mars 2022, l'absence de réactivation du CRPS et une situation stationnaire au niveau de la mobilité.

Dans une prise de position du 14 juin 2023 devant faire partie intégrante de la décision à rendre, l'OAI a indiqué que la contestation n'avait pas apporté d'élément susceptible de remettre en doute le bien-fondé de son projet de décision.

Le 28 juin 2023, le Dr S._____ a encore fourni, en particulier, un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) du poignet gauche du 23 mai 2023, ainsi que des rapports de radiographie des deux genoux, de la colonne cervicale et du poignet gauche du 23 mai 2023.

Parallèlement, un premier entretien d'aide au placement a eu lieu le 3 mai 2023 dans les bureaux de l'OAI, en présence de l'assuré et de

son épouse, celle-ci devant l'aider pour communiquer en français. L'intéressé a fait part de sa motivation pour trouver un emploi respectant ses limitations fonctionnelles et une stratégie ainsi que des objectifs ont été déterminés. Il a par ailleurs été invité à entreprendre des efforts en vue d'apprendre le français, car cela constituait son principal frein pour retrouver du travail. L'assuré s'est également inscrit au chômage. Il a cependant produit fin juin 2023 une attestation d'arrêt de travail à 100 % jusqu'au 31 août 2023 et a écrit dans un courriel adressé le 24 juillet 2023 à son conseiller d'aide au placement que cet arrêt serait probablement prolongé, si bien qu'il a été mis fin à la mesure le même jour (cf. PLA - rapport final du 24 juillet 2023).

Par courrier du 2 octobre 2023, l'assuré a produit un rapport d'examen établi le 24 août 2023 par la Dre K._____, médecin praticienne et médecin d'arrondissement de la CNA, en relevant que les limitations fonctionnelles déterminées à cette occasion ne permettaient pas d'imaginer une activité adaptée permettant de réaliser un revenu significatif. Il rappelait par ailleurs qu'il était âgé de 59 ans, accidenté et sans travail depuis plusieurs années, limité dans l'usage de ses mains, parlant à peine le français et ne disposant d'aucune formation. Joint au courrier, le rapport d'examen de la Dre K._____ concluait comme suit :

« (...)

Nous pouvons donc dire que l'état de santé est actuellement stabilisé. Il n'y a pas de traitement médical ou chirurgical qui puisse améliorer de manière notable l'état de santé de cet assuré. On retiendra que la situation est également superposable à celle qui prévalait lors de l'examen du 14.06.2021 hormis au niveau des doigts longs puisque la mobilité des doigts longs est légèrement altérée avec une impossibilité de faire le poing (il manque 2 à 3 cm dans la distance pulpe/paume des 4 doigts) mais il peut tout de même effectuer une pince entre le pouce et l'index et le majeur.

On notera encore qu'il n'y a aucun signe clinique pour un CRPS actif actuellement. Il n'y a pas de différence ni de sudation, ni de température, ni de pilosité au niveau de la main gauche et nous n'avons pas retrouvé une chaleur et un gonflement comme décrit par l'assuré à l'anamnèse.

Nous pouvons retenir les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 5-10 kg, pas de port de charges répété supérieures à 5 kg, pas de mouvements nécessitant de la force ou des amplitudes importantes du poignet et/ou de la main

gauche, pas de mouvements répétés du poignet et/ou de la main gauche, pas d'activités nécessitant des mouvements fins de la main gauche.

Dans une activité parfaitement adaptée, la capacité de travail est entière sans diminution de rendement. Dans l'activité habituelle, la capacité de travail est nulle et ce de manière définitive.
(...) »

L'OAI a répondu le 5 octobre 2023 que l'impact des limitations fonctionnelles de l'assuré sur sa capacité de travail avait été évalué et a repris la description des activités adaptées déjà mentionnées dans le projet de décision.

Par décision du 20 novembre 2023 reprenant la motivation du projet, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2020 au 30 septembre 2021, en a fixé le montant et a établi un décompte.

B. Représenté par Me Olivier Carré, C._____ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 8 janvier 2024, concluant principalement à la réforme de la décision en ce sens qu'une rente entière d'invalidité non limitée dans le temps lui est octroyée dès le 1^{er} juin 2020, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Critiquant une décision placée « dans le sillage » de l'assurance-accidents et dépourvue d'appréciation plus fine et plus concrète, il s'est prévalu des attestations d'incapacité de travail régulièrement renouvelées par le Dr S._____, ainsi que d'un rapport établi le 20 décembre 2023 par le Dr P._____, joint à son écriture. Dans cet écrit, le spécialiste déplorait l'absence de suivi postopératoire du Centre G._____. Son patient ne signalait pas d'amélioration depuis l'intervention de février 2023 et avait toujours les mêmes plaintes concernant la mobilité et la douleur, avec des gonflements récurrents.

Déférant le 9 janvier 2024 à la demande en ce sens incluse dans son recours, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 8 janvier 2024, incluant l'exonération d'avances et

de frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré, et l'astreignant à payer une franchise mensuelle de 50 fr. dès le 1^{er} février 2024.

Par réponse du 8 février 2024, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision litigieuse. Il s'est référé à l'avis du 29 janvier 2024 au terme duquel le SMR constatait que le rapport du Dr P._____ produit par l'assuré n'apportait aucun élément médical nouveau.

Dans sa réplique du 14 mars 2024, le recourant a confirmé ses conclusions en relevant que l'intimé n'avait pas instruit au sujet des lésions qu'il présentait aux niveaux des cervicales et des deux genoux, lesquels provoquaient d'importantes douleurs. Il en résultait une incapacité globale, persistante et constatée de longue date par le médecin traitant, nécessitant que l'instruction soit complétée. Il a produit des rapports d'IRM du genou droit et des cervicales des 5 et 7 mars 2024, un lot de certificats d'incapacité de travail ainsi qu'un rapport de consultation établi le 4 mars 2024 par le Dr S._____. Posant les diagnostics d'algodystrophie du poignet gauche, de syndrome cervico-vertébral avec arthrose cervicale ainsi que de gonarthrose compartiment fémoro-tibial interne du genou droit, il concluait à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et à une capacité de travail de 30 % maximum dans une activité adaptée « dans l'éventualité illusoire » d'en trouver une.

L'intimé a dupliqué le 11 avril 2024. Confirmant ses conclusions, il a indiqué que de nouvelles mesures d'instruction ne se justifiaient pas en s'appuyant sur l'analyse effectuée par le SMR le 21 mars 2024. Dans cet avis, joint à l'écriture, le SMR a exposé que les atteintes cervicales et orthopédiques avaient déjà été discutées dans ses avis d'avril et juin 2023. Le dernier rapport du Dr S._____ ne décrivait pas de limitations fonctionnelles supplémentaires. Quant aux rapports d'IRM, ils montraient des atteintes arthrosiques débutantes, compatibles avec l'âge du recourant et peu inquiétantes s'agissant de la colonne cervicale. En l'absence de suivi spécialisé, il ne pouvait être retenu

qu'elles étaient symptomatiques. Ainsi, il n'y avait pas d'éléments médicaux nouveaux justifiant de s'écarter des conclusions précédentes.

Dans des déterminations du 15 mai 2024, l'assuré a fait valoir qu'un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale pluridisciplinaire était incontournable en se fondant sur les nouvelles pièces médicales suivantes :

- Un rapport d'IRM du genou gauche du 3 avril 2024.
- Les questions adressées le 2 mai 2024 par Me Carré au Dr S. _____ à propos de l'avis SMR du 21 mars 2024 ainsi que des atteintes révélées par les dernières IRM.
- La réponse donnée le 3 mai 2024 par le Dr S. _____, préconisant de s'adresser à un médecin expert en dehors du cadre de la CNA en raison de la péjoration de la situation du patient.

L'intimé a confirmé sa position le 12 juin 2024, en se fondant sur un avis du SMR du 3 juin 2024, joint à l'écriture. Le SMR concluait à l'absence d'indications à entreprendre des mesures d'instruction supplémentaires, sur le constat que les lésions du genou gauche visibles sur l'IRM étaient « très peu inquiétantes et compatibles avec l'âge » du recourant, n'étaient pas étayées par des informations cliniques, céderaient avec une antalgie simple et seraient améliorées par des exercices de renforcement. A cela s'ajoutait le fait - rassurant - que le recourant avait déclaré marcher environ 2 heures par jour le matin lors de l'examen médical du 24 août 2023.

Dans une écriture complémentaire du 30 août 2024, le recourant a contesté avoir déclaré à la médecin d'arrondissement de la CNA qu'il marchait pendant 2 heures le matin, mais éventuellement qu'il sortait pendant 2 heures le matin pour voir des amis à proximité immédiate de son domicile. Cela étant, il a relevé que l'examen en question ne portait pas sur ses genoux et que la situation de ce point de

vue s'était aggravée. Il a par ailleurs indiqué que des démarches étaient en cours pour l'obtention d'un permis C et a fourni des pièces en relation avec cette procédure.

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 compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 LPGA), 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 porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité plus étendue que celle qui lui a été allouée par l'intimé.

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^{er} 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^{er} janvier 2022, la

situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Tel est le cas en l'espèce. La demande ayant été déposée en décembre 2019 en lien avec une incapacité de travail débutée en juin 2019, le droit à la rente pouvait prendre naissance au plus tôt le 1^{er} juin 2020 comme l'a retenu l'intimé dans la décision litigieuse.

3. 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente

entière. 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^e 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).

d) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

4. 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 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).

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).

5. a) En l'espèce, l'intimé a retenu que le recourant ne disposait définitivement plus d'aucune capacité de travail dans son activité habituelle depuis son accident du 24 juin 2019, mais qu'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles touchant son poignet et sa main gauches était exigible depuis le 14 juin 2021. Ce constat s'appuyait en particulier sur les rapports d'examen du médecin d'arrondissement de la CNA, auxquels le SMR s'est rallié. Le recourant conteste cette appréciation principalement par le fait que la CNA aurait limité son examen aux atteintes liées à son accident du 24 juin 2019, alors qu'il souffrait également d'autres atteintes invalidantes dont l'intimé devait tenir compte.

Pour étayer sa position, le recourant a produit de nouveaux rapports médicaux avec ses diverses écritures. Conformément à la jurisprudence, le juge doit prendre en compte les faits survenus postérieurement à la décision administrative litigieuse dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation de la situation au moment où ladite décision a été prise (ATF 118 V 200 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_13/2022 du 29 septembre 2022 consid. 3.1.3 ; 9C_47/2022 consid. 5.1.2). En conséquence, lesdits rapports seront pris en compte pour autant qu'ils se rapportent à l'évolution de l'état de santé du recourant jusqu'à la notification de la décision litigieuse.

b) S'agissant des séquelles de l'accident du 24 juin 2019, le recourant s'est pour l'essentiel référé au rapport d'examen établi le 24 août 2023 par la Dre K._____, ainsi qu'un rapport du Dr P._____ du 20 décembre 2023.

S'agissant du rapport de la Dre K._____, produit par l'intéressé à l'appui de ses objections au projet de décision de l'intimé, il convient de relever que les observations faites par la médecin d'arrondissement de la CNA durant l'examen du 24 août 2023 sont superposables à celles du Dr F._____ au cours de l'examen du 14 juin 2021, à savoir l'absence de signe clinique pour un CRPS actif, une mobilité restreinte des doigts longs de la main gauche avec impossibilité de fermer le poing et des limitations fonctionnelles concernant l'utilisation de la main gauche. La Dre K._____ a confirmé, comme son prédécesseur, que la capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Dans son rapport du 20 décembre 2023, le Dr P._____ a noté qu'il n'avait plus revu son patient depuis deux ans et s'étonnait de ne pas avoir obtenu les rapports de consultation du Service X._____, ce dont il inférait que le suivi post-opératoire n'avait pas été optimal. Pour le surplus, il a constaté que les plaintes du patient étaient les mêmes et a fait des constats cliniques relativement similaires à ceux de la Dre K._____. Il ne s'est par ailleurs pas prononcé sur la capacité de travail dans ce rapport.

Cela étant, il convient de relever que les deux médecins d'arrondissement de la CNA ont conclu à une stabilisation de l'état du poignet et de la main gauches de l'assuré acquise depuis juin 2021 à tout le moins. Sur la capacité de travail, leurs conclusions rejoignent celles des médecins de la Z._____, où le recourant a effectué deux séjours d'évaluation et de rééducation. Une amélioration a pu être constatée à l'issue du second séjour, ce que la Dre I._____ a confirmé dans son rapport de consultation du 19 mars 2021, en précisant que le recourant avait souhaité mettre fin au suivi d'antalgie parce que les douleurs avaient diminué. Interrogé en février 2022, le Dr L._____ a également conclu à

une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle mais entière dans une activité adaptée à l'état de santé. Ce médecin a procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse dans le but de soulager une partie des douleurs le 2 mars 2022 et a confirmé, dans son rapport du 21 avril 2022, à 7 semaines de l'opération, que cet objectif avait été atteint et qu'une reprise progressive du travail dans une activité adaptée était possible.

Cela étant, seul le Dr S._____ a conclu à une incapacité de travail également dans une activité adaptée aux limitations du poignet gauche. Dans ses rapports des 19 avril et 10 septembre 2021, il mentionnait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée depuis le mois d'établissement du rapport, sans toutefois mentionner les motifs de la réduction de taux. Il a ensuite fait état d'une incapacité de travail totale dans toutes activités dans son rapport du 26 juillet 2022, toujours sans étayer l'incapacité dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles alors qu'il indiquait par ailleurs que l'état était stationnaire. Etant relevé que le Dr S._____ est le médecin généraliste traitant du recourant depuis de nombreuses années et qu'il peut donc être influencé par la relation thérapeutique, ses conclusions ne suffisent pas à remettre en doute les avis concordants des médecins d'arrondissement de la CNA, des médecins de la Z._____ et du Dr L._____ du Service X._____.

c) Le recourant a fait valoir qu'il souffrait également d'atteintes dégénératives des genoux et des vertèbres cervicales, au sujet desquelles l'intimé avait omis d'instruire.

A l'appui de ses dires, le recourant a produit des rapports d'imageries effectuées en avril 2021 et en mai 2023. Bien qu'impliqué dans l'instruction menée par l'intimé dès le dépôt de la demande de prestation de son patient et invité tout particulièrement en juillet 2021 à renseigner sur d'éventuelles investigations en cours en relation avec des gonalgies, le Dr S._____ n'a rien communiqué directement à l'intimé sur ce sujet avant avril 2023. Il s'est alors limité à fournir les imageries de mai 2023, avec le rapport de consultation de la Dre I._____ du 19 mars 2021 et celui du Dr L._____ du 21 avril 2022, sans autres commentaires. Ce

n'est que sur demande pressante du mandataire du recourant qu'il a évoqué, dans un rapport daté du 18 mai 2022 mais remis par le recourant à l'intimé le 17 février 2023 seulement, un suivi pour un syndrome cervico-vertébral droit avec gonalgies bilatérales sur gonarthrose débutante. Le médecin généraliste traitant n'a cependant décrit aucune limitation fonctionnelle et n'a pas précisé en quoi consistait le suivi évoqué. Réinterrogé par Me Carré, le Dr S._____ n'a pas été plus explicite dans sa lettre du 3 mai 2024, puisqu'il s'est limité à proposer d'organiser un avis extérieur.

Malgré l'absence d'informations médicales de la part Dr S._____, l'intimé a soumis les imageries à son SMR. Celui-ci a confirmé la présence d'atteintes débutantes, qui ne paraissaient cependant pas inquiétantes ni susceptibles de provoquer des douleurs invalidantes. En l'absence d'information contraire de la part du médecin généraliste traitant, qui n'a par ailleurs pas organisé de suivi rhumatologique spécialisé, il faut admettre avec l'intimé que ces atteintes n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail du recourant lorsque la décision litigieuse a été rendue.

d) En conséquence, c'est à juste titre que l'intimé a retenu que le recourant a présenté une capacité de travail nulle dans toute activité dès le 24 juin 2019 en raison d'une atteinte touchant son poignet et sa main gauches, puis qu'il a recouvré une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à compter de la stabilisation de son état de santé, confirmée le 14 juin 2021 par le Dr F._____.

6. Le recourant a remis en cause l'exigibilité d'un changement de profession, notamment en relevant que les limitations fonctionnelles touchant sa main gauche, proscrivant le port de charge et la motricité fine, restreignaient passablement ses possibilités professionnelles.

a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de

requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 138 I 205 consid. 3.2 ; 113 V 22 consid. 4a et les références). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 I 205 consid. 3.2 ; TF 9C_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.2).

S'agissant de l'âge, la jurisprudence tient compte de l'âge de l'assuré au moment où l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée a été constatée (ATF 143 V 431 consid. 4.5.1 ; 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_839/2017 du 24 avril 2017 consid. 6.2). Elle reconnaît en général qu'à partir de 60 ans, il convient de se poser la question de savoir si, compte tenu des autres circonstances du cas particulier, il existe encore une possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur le marché concret (cf. TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2 ; 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2 et 4.4) ; avant cet âge, il n'y a pas lieu de considérer qu'il existe des difficultés de réinsertion sur le marché du travail du seul fait de l'âge (cf. TF 9C_839/2017 du 24 avril 2017 consid. 6.2 ; 9C_789/2016 du 5 avril 2017 consid. 5.2 ; TF 9C_355/2011 du 8 novembre 2011 consid. 4.4 ; 9C_578/2009 du 20 décembre 2009 consid. 4.3.2). Dans tous les cas, le caractère inexploitable de la capacité de travail résiduelle ne sera admis que lorsque

l'activité raisonnablement exigible n'est possible que sous une forme si limitée que le marché du travail équilibré ne la connaît pratiquement pas ou qu'elle ne serait possible qu'au prix d'une concession irréaliste de la part d'un employeur moyen et que la recherche d'un emploi correspondant apparaît donc d'emblée comme exclue (TF 9C_366/2021 du 3 janvier 2022 consid. 4.2 ; 9C_644/2019 du 20 janvier 2020 consid. 4.2 et les références citées). En effet, le marché du travail équilibré est une notion théorique, qui présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre, d'une part, et un marché du travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, au regard des sollicitations tant intellectuelles que physiques), d'autre part (TF 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3).

b) En l'occurrence, le recourant présente depuis juin 2019 une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de nettoyeur sur des chantiers, mais une capacité de travail entière est exigible dans une activité adaptée à ses limitations depuis juin 2021. Un changement d'activité est ainsi justifié.

En juin 2021, lorsque cette capacité de travail résiduelle a été constatée, le recourant était âgé de 57 ans, âge qui ne constitue pas en soi un obstacle à toute réinsertion. Par ailleurs, contrairement à ce que semble plaider le recourant, les limitations fonctionnelles retenues peuvent être qualifiées de modérées dès lors qu'elles concernent uniquement les activités nécessitant l'usage en force, les mouvements répétés et les mouvements fins du poignet et de la main gauches. Etant droitier et pouvant s'aider de sa main gauche, le recourant reste en mesure d'accomplir toutes sortes de travaux légers. Dans sa décision, l'intimé a mentionné les possibilités existant dans le domaine industriel léger, tels que le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, en tant qu'ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères ou encore en tant qu'ouvrier dans le conditionnement. Il en existe encore bien d'autres, dont l'énumération serait fastidieuse et qui concernent de nombreux domaines économiques. Ces activités ne requièrent pas de formation particulière et il ressort du dossier que le

recourant a exercé dans des domaines variés tant avant qu'après son arrivée en Suisse.

Ainsi, il apparaît que l'on peut exiger du recourant qu'il change d'activité professionnelle au profit d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

7. Il convient encore d'examiner si le recourant subit un préjudice économique.

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). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

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).

8. L'intimé a procédé au calcul du degré d'invalidité valable en 2021 en comparant le revenu effectif du recourant dans sa dernière activité de technicien de surface pour A._____ SA, annualisé et indexé à 2021, au revenu moyen que pouvait obtenir un homme, tous secteurs confondus, selon le tableau TA1 Skill_level de l'ESS 2020, indexé à 2021,

avec un abattement de 10 % pour tenir compte de l'âge et des limitations fonctionnelles. Ce calcul aboutissait à un préjudice économique nul.

Le recourant a uniquement critiqué l'abattement de 10 % déduit par l'intimé sur le montant statistique utilisé pour déterminer le revenu avec invalidité. Il ne chiffre pas l'abattement supplémentaire dont il se prévaut, mais il convient de relever d'emblée que, mathématiquement, l'abattement maximal de 25 % autorisé par la jurisprudence ne suffirait pas à entraîner un préjudice économique ouvrant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité compte tenu du montant du revenu sans invalidité. Cela étant, il faut relever que l'intimé a motivé l'abattement de 10 % par l'âge et les limitations fonctionnelles, alors que les limitations fonctionnelles du recourant restent limitées à sa main non dominante et ne peuvent donc justifier un abattement. On peut en revanche admettre que l'âge et les lacunes du recourant en français sont susceptibles de constituer un frein pour son engagement à un salaire standard, ce dont l'abattement de 10 % déjà calculé tient suffisamment compte.

Les autres paramètres de calcul, non contestés, ne prêtent pas le flanc à la critique, de sorte que l'intimé a constaté à juste titre que le droit à une rente d'invalidité ouvert le 1^{er} juin 2020 prenait fin le 30 septembre 2021, trois mois après l'amélioration son état de santé.

9. a) Dans sa décision, l'intimé a également nié le droit aux mesures professionnelles. Il s'impose cependant de vérifier si un examen plus poussé du besoin de mesures d'ordre professionnel ne se justifiait pas dès lors qu'au 30 septembre 2021, date de la suppression du droit à la rente, le recourant était âgé de plus de 55 ans.

Il existe en effet des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGa) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGa), du droit à la rente concerne

une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cette jurisprudence, qui est également applicable lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente (ATF 145 V 209 consid. 5), ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente. Dans de telles situations, l'office de l'assurance-invalidité doit vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si celui-ci a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste. Les organes de l'assurance-invalidité doivent se fonder sur le moment du prononcé de la décision de l'office AI pour déterminer si l'âge de référence de 55 ans est atteint (ATF 148 V 321 consid. 7.3).

aa) 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).

bb) Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, dès lors qu'elles présupposent un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules entrent en ligne de compte, en vue de l'acquisition d'une formation professionnelle, celles qui peuvent s'articuler sur ce minimum de connaissance. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret (ATF 139 V 399 consid. 5.5 ; 124 V 108 consid. 2a).

cc) Selon l'art. 18 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 (al. 1). L'office AI procède à un examen sommaire du cas et met en œuvre ces mesures sans délai si les conditions sont remplies (al. 2). 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).

b) En l'occurrence, l'âge du recourant à la date de suppression du droit à la rente ne signifie pas encore que l'intimé était obligé de mettre en œuvre des mesures professionnelles pour lui permettre de mettre à profit sa capacité de travail sur le marché ordinaire de l'emploi. Il lui incombait en revanche d'analyser si de telles mesures étaient indispensables pour assurer sa réintégration. Or, l'intimé a diligenté des mesures d'intervention précoce en mai 2020, en mandatant un prestataire externe pour soutenir et faciliter sa réinsertion professionnelle. Le recourant a pu achever les deux premiers modules, au cours desquels il a été procédé à un bilan de compétences et à l'analyse des environnements de travail compatibles avec ses limitations fonctionnelles (cf. rapport final de Q. _____ du 7 octobre 2020). Les mesures ont été interrompues avant de proposer des pistes de réinsertion et de procéder à des recherches d'emploi ou de stage, car une amélioration de l'état de santé était encore attendue. Il n'en demeure pas moins que les ressources du recourant (motivation à travailler, large réseau de relations, personne collaborative et respectueuse) et les freins à sa réinsertion (absence de formation certifiante, expérience dans des métiers manuels, faible niveau de français) ont été délimitées. Par la suite, l'évolution de l'état de santé a été légèrement favorable, avec une diminution des douleurs et une amélioration de la force de la main gauche. Ainsi, les éléments mis en exergue durant les deux premiers modules de la mesure d'intervention

précoce sont restés d'actualité et il faut admettre que la question de la réinsertion professionnelle du recourant a fait l'objet d'un examen concret. L'intimé en a tenu compte dans son analyse finale du 20 février 2023 et a proposé une aide au placement simultanément à la notification du projet de décision, sur le constat qu'aucune autre mesure n'était susceptible de réduire un éventuel préjudice économique. Cette analyse peut être confirmée. Les exemples d'activités adaptées mentionnés dans le projet sont des emplois légers ne requérant pas de formation préalable, de sorte que des mesures de formation certifiantes de longue durée (telles que celles entrant dans le cadre d'un reclassement professionnel ; cf. à cet égard : art. 17 LAI) n'entrent pas en considération dans son cas et il serait par ailleurs superflu d'envisager à ce stade la réalisation de mesures d'orientation professionnelle (cf. art. 15 LAI). Dès lors, seule est susceptible d'entrer en considération en faveur du recourant une mesure d'aide au placement au sens entendu par l'art. 18 al. 1 LAI précité. Dite mesure a déjà été proposée au recourant, qui s'est brièvement engagé dans le processus avant d'invoquer à nouveau une incapacité de travail. Elle pourra cependant être réactivée, sur une simple requête motivée adressée à l'intimé. Par conséquent, l'intimé pouvait légitimement réduire la rente d'invalidité du recourant après avoir proposé l'aide au placement.

10. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} 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.

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Carré peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Ce dernier a produit une liste des opérations le 25 mars 2025 faisant état de 19 heures consacrées à la présente

procédure. S'il convient d'en tenir compte pour fixer l'indemnité, cette liste ne peut toutefois être intégralement suivie. L'activité déployée dépasse en effet ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. On observe en particulier que le mandataire a consacré plus de 10 heures à la rédaction de ses diverses écritures, temps auquel s'ajoute un total de près de 6 heures 30 pour l'ensemble des échanges (entretiens et courriers) avec le client sur une période de douze mois. Ces durées paraissent d'autant plus excessives que Me Carré représentait déjà le recourant dans le cadre de la procédure administrative devant l'intimé ainsi que durant le traitement de son cas d'accident, et que son recours reprend pour l'essentiel les textes de ses courriers des 8 mars et 2 octobre 2023 contestant le projet de décision de l'intimé. Par conséquent, le nombre d'heures nécessaires au mandat doit être ramené à 14 heures, auxquelles s'applique le tarif horaire de 180 fr., ainsi qu'un forfait de 5 % du défraiement hors taxe pour les débours. Ainsi, le montant de l'indemnité de Me Carré est arrêté à 2'860 fr. 35, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], 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.

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
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 20 novembre 2023 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 C. _____ et provisoirement supportés par l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité de Me Olivier Carré, conseil d'office de C. _____, est arrêtée à 2'860 fr. 35 (deux mille huit cent soixante francs et trente-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 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 Olivier Carré (pour C. _____),
- 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 :