

# VD\_FINDINFO AI 212/18 - 248/2020 vom 24. Juli 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-07-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_212\\_18\\_-\\_248\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_212_18_-_248_2020)

FR: VD\_FINDINFO AI 212/18 - 248/2020 du 24 juillet 2020

IT: VD\_FINDINFO AI 212/18 - 248/2020 del 24 luglio 2020

## Regeste

CONDITION DU DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ | 28 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

## Erwägungen

### E. 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.

### E. 2

Est en l'espèce litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité non limitée dans le temps. Sont contestés par l'assuré l'évaluation de sa capacité de travail et le calcul du degré d'invalidité, soit en particulier les revenus sans et avec invalidité retenus par l'intimé. A titre subsidiaire, le recourant fait valoir le droit à des mesures de reclassement professionnel.

### E. 3

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Constitue une incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (art. 6 LPGA). 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, 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) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). 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 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

#### **E. 4**

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 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). 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) Lorsque l'assuré 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 129 V 472 consid. 4.2.1). 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), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). 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).

## **E. 5**

Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al.1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2). Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, 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 asséculo-logique. 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

l'assuré, 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 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

## E. 6

a) Sur le plan médical, le recourant conteste l'appréciation médicale de l'OAI en faisant valoir que le manque de mobilité et les douleurs à son poignet gauche l'empêchent d'exercer une quelconque activité professionnelle. Pour sa part, l'intimé estime que l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par la AA .\_\_\_\_\_ dans son rapport du 29 juin 2015 est exigible, le médecin d'arrondissement de la CNA ayant indiqué dans son rapport d'examen final du 3 avril 2017 que sa main gauche était fonctionnelle, même si elle manque de force. b) Dans son rapport d'examen final du 3 avril 2017, le Dr V.\_\_\_\_\_ décrit les circonstances de l'accident dont l'assuré a été victime le 19 juillet 2012 telles que les lui a rapportées l'intéressé. Il rappelle dans le détail les diverses interventions chirurgicales qui ont suivi, à savoir une cure chirurgicale par plastie d'élargissement du 1<sup>er</sup> compartiment des extenseurs du poignet gauche pour traitement d'une ténosynovite sténosante (cf. protocole opératoire du 11 décembre 2012, respectivement 30 avril 2013 du Dr F.\_\_\_\_\_), une exérèse chirurgicale d'un kyste arthro-synovial dorsal du poignet gauche le 3 septembre 2013 (cf. rapport du 9 septembre 2013 du Dr F.\_\_\_\_\_), une libération du contenu de la 1<sup>ère</sup> coulisse des extenseurs du poignet gauche et une neurolyse des branches superficielles du nerf radial (cf. protocole post-opératoire du 13 mai 2014 du Dr S.\_\_\_\_\_ ) et une dénervation du nerf interosseux dorsal du poignet gauche le 20 septembre 2016 (cf. protocole opératoire établi le même jour par le Dr C.\_\_\_\_\_). Le Dr V.\_\_\_\_\_ fait part des constatations et des conclusions indiquées dans les rapports du Dr T.\_\_\_\_\_ de la AA .\_\_\_\_\_ à la suite des deux séjours de trois semaines de l'intéressé dans cet établissement, le premier, du 27 novembre au 17 décembre 2013, le second, du 20 mai au 16 juin 2015. Après avoir fait état des plaintes du recourant lors de l'examen clinique du 3 avril 2017, à savoir la persistance de douleurs sur le versant radial du poignet gauche, s'étendant à la base du pouce et au médius, constantes mais nettement aggravées par l'usage de la main, qu'il s'efforce quand même d'intégrer dans les activités quotidiennes, le médecin d'arrondissement expose que l'assuré lui a indiqué qu'il ne suivait plus de traitement, sauf une médication avec de l'Ibuprofène 600, du Dafalgan® et des gouttes de Tramadol® que l'intéressé a admis ne pas prendre pas certains jours. C'est son médecin traitant qui le suit, le Dr L.\_\_\_\_\_. Il consulte toujours un psychiatre mais ne prend pas d'antidépresseurs. Suit l'exposé des constatations du Dr V.\_\_\_\_\_ lors de l'examen clinique, qui se résume à « une limitation fonctionnelle un peu globale du poignet gauche, s'étendant au pouce et très partiellement aux doigts longs dans les suites d'un traumatisme en hyperextension du poignet et du pouce gauche ayant donné lieu à des interventions itératives, sans qu'on parvienne à se convaincre d'une véritable raideur articulaire ou d'un obstacle mécanique clair au libre jeu des tendons ». Il relève à cet égard que les constatations faites lors de l'intervention du 7 mai 2014, qui n'a retrouvé que des adhérences lâches, lui semblent particulièrement significatives. Ainsi, selon le Dr V.\_\_\_\_\_, qui a préalablement pu constater lors de l'examen que l'assuré parvenait à lacer ses chaussures avec beaucoup d'habileté et de célérité et dont la thymie semble rétablie (par rapport à son examen du 22 octobre 2013), l'ampleur du handicap, au demeurant variable, n'est que partiellement explicable par les constatations médicales objectives. Au final, il indique une évolution finalement assez favorable et une main gauche tout à fait fonctionnelle même si elle manque de force. Il retient comme limitations

fonctionnelles celles qui ont été décrites lors du dernier séjour de l'assuré à la AA .\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 29 juin 2015) et conclut que l'intéressé a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité respectant celles-ci, soit privilégiant le contrôle et la surveillance au travail purement manuel. Les constatations et les conclusions du médecin d'arrondissement de la CNA sont largement corroborées par celles des spécialistes de la AA .\_\_\_\_\_ ainsi que cela ressort du rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ du 29 juin 2015. On relèvera en particulier qu'aucun diagnostic orthopédique ni neurologique n'a été retenu. Sur le plan psychique, aucun signe d'une psychopathologie évolutive n'a été constaté, une évolution favorable par rapport au premier séjour étant relevée. Les spécialistes relevaient par ailleurs que l'assuré était centré sur la douleur et se montrait très démonstratif ; sa participation aux thérapies était jugée faible. De même, l'intéressé ne montrait que peu d'entrain pour les tâches demandées lors des ateliers professionnels, son comportement étant marqué par des plaintes dès qu'il devait intégrer son membre supérieur gauche. Ils étaient d'avis que les plaintes et les limitations fonctionnelles exprimées ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées, des facteurs contextuels et une kinésiophobie étant relevés. Parmi les incohérences mises en avant, ils notaient en particulier une discordance entre ce que l'assuré était capable de faire en-dehors des thérapies et des ateliers et ce qu'il acceptait de faire lors de ceux-ci : ils relevaient par exemple que le recourant se servait facilement de son téléphone portable et nageait par le crawl en piscine. Le même constat était fait en ce qui concerne les examens cliniques. Enfin, ils soulignaient le fait que le recourant n'avait pas donné suite à la proposition qui lui avait été faite en coordination avec l'OAI pour effectuer une mesure d'évaluation de ses capacités professionnelles. Au final, les spécialistes de la AA .\_\_\_\_\_ concluaient en juin 2015 déjà que la situation était stabilisée sur le plan médical et que le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de port répétitif de charges lourdes, de travail nécessitant de la force répétitive du membre supérieur gauche ainsi que des mouvements répétitifs avec le poignet surtout en pro supination. Cela étant, force est de reconnaître que le rapport d'examen final du 3 avril 2017 du médecin d'arrondissement de la CNA est en tous points conforme aux exigences de la jurisprudence en la matière. Les rapports médicaux produits par le recourant à l'appui de son recours ne remettent nullement en doute les conclusions ci-dessus rappelées. Les rapports des 26 janvier et 12 février 2018 du Dr Z.\_\_\_\_\_ ne révèlent en effet pas une situation qui n'aurait pas été prise en compte par l'OAI. En substance, ce spécialiste indique que l'assuré ne présente pas de lésion séquellaire d'arthrose et que le problème principal est lié aux douleurs et au manque de mobilité. Il ne recommande pas de nouvelle intervention chirurgicale visant à redonner de la mobilité au poignet gauche. Seul le port d'une attelle la nuit ou en cas de mouvement de force étant indiqué. Ainsi, les observations du Dr Z.\_\_\_\_\_, qui ne se prononce aucunement par ailleurs sur la capacité de travail résiduelle du recourant, ne sont pas en contradiction avec les pièces médicales au dossier, mais tendent plutôt à corroborer le point de vue des Drs V.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_. Cela étant, il y a lieu de retenir qu'une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles, donc ne sollicitant pas trop son poignet gauche, est exigible. Au demeurant, la Cour de céans relève que malgré plusieurs prolongations de délai accordées au recourant pour produire des pièces médicales nouvelles attestant son point de vue, il n'a au final déposé aucun rapport susceptible de mettre en doute les conclusions bien étayées du rapport d'examen final du Dr V.\_\_\_\_\_ concernant la capacité de travail exigible. Ainsi, dans son rapport du 22 décembre 2017, le Dr J.\_\_\_\_\_ expose, en ce qui concerne la douleur

au poignet gauche du recourant que, dès lors qu'il n'y pas d'indication à une nouvelle intervention chirurgicale, il reste toutefois la possibilité d'une neuromodulation. A l'instar de l'intimé, on constate que cette procédure recommandée par le Dr J. \_\_\_\_\_ ne constitue pas une entrave à l'exercice d'une activité professionnelle en accord avec les limitations fonctionnelles tenant compte de la particularité du poignet gauche du recourant. Par ailleurs, le recourant, respectivement le Dr J. \_\_\_\_\_, ne rendent pas vraisemblable que ce traitement serait susceptible d'augmenter, voire de rétablir la capacité de travail du recourant. Comme déjà indiqué ci-dessus, le courrier du Dr Z. \_\_\_\_\_ adressé au médecin traitant du recourant le 26 janvier 2018 indique pour sa part simplement qu'il a proposé à l'intéressé une arthro IRM afin de faire un bilan cartilagineux et ligamentaire précis afin de pouvoir affiner le diagnostic et lui faire des propositions thérapeutiques si celles-ci sont envisageables. Dans un courrier du 12 février adressé au médecin conseil de la CNA, le Dr Z. \_\_\_\_\_ relevait toutefois que l'arthro IRM n'avait pas révélé de lésion séquellaire d'arthrose et que, le problème principal étant lié aux douleurs et au manque de mobilité, il craignait qu'une intervention visant à redonner de la mobilité n'entretienne le recourant dans un secteur de mobilité qui devienne encore plus douloureux. Il en concluait qu'il ne pouvait qu'encourager le recourant à porter une attelle pour le soulager la nuit et en cas mouvement de force. Enfin, le bref courriel adressé le 23 novembre 2018 par le Dr Z. \_\_\_\_\_ à l'associé du conseil du recourant indique seulement que ce médecin n'a pas programmé d'intervention, être dans l'attente d'une réponse de la CNA et devoir revoir le recourant en janvier 2019. Cela étant, on ne saurait déduire des constats et de l'avis du Dr Z. \_\_\_\_\_ une quelconque divergence d'opinion quant à la situation médicale du recourant et en particulier pas en ce qui concerne sa capacité résiduelle de travail. c) Le recourant fait encore valoir que son état de santé s'est péjoré en raison des séquelles d'une intervention chirurgicale à l'épaule droite. Le 20 juin 2019, l'intimé a produit le rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 21 mai 2019 qui se rapporte aux suites d'une refixation arthroscopique qu'il a effectuée sur le recourant le 1<sup>er</sup> octobre 2018. Ce rapport a été soumis par l'OAI au SMR. Dans un avis du 17 juin 2019, le Dr W. \_\_\_\_\_ considère que le courrier du Dr C. \_\_\_\_\_ fait état d'éléments postérieurs à la période qui prévalait jusqu'à la décision litigieuse. Il relève en outre qu'il se rapporte à une autre localisation anatomique soit à une atteinte des muscles permettant la rotation de l'épaule droite. De plus il est noté qu'aucune précision n'est donnée sur le mécanisme à l'origine de l'atteinte ni sur la localisation de la ou des lésion(s) de l'épaule. Selon une jurisprudence constante le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (cf. ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, comme le prétend le recourant en l'espèce, doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 précité). Ainsi, si cette problématique est susceptible de persister au-delà d'une année et qu'elle est de nature à entraver la capacité de travail et de gain de manière durable, il appartiendra au recourant de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. d) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que la capacité de travail du recourant est, depuis le 3 avril 2017, entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites dans le rapport de la AA . \_\_\_\_\_ du 29 juin 2015.

## **E. 7**

Dans un deuxième grief, le recourant critique le calcul du degré d'invalidité opéré par l'intimé, contestant tant le revenu sans invalidité qu'avec invalidité retenus par l'OAI. a) En ce qui concerne le revenu sans invalidité, l'intimé a indiqué dans sa décision du 25 mai

2018 retenir un revenu de 58'581 fr. 38 sur la base des indications fournies par l'employeur du recourant. Pour sa part, ce dernier fait valoir que, selon le contrat de mission conclu avec R. \_\_\_\_\_, le salaire sans atteinte à la santé s'élèverait à 63'479 fr. 78 (26 fr. 85/heure x 42 x 52), étant donné qu'il bénéficiait d'un 13<sup>ème</sup> salaire. Si on se réfère au contrat de mission invoqué par le recourant, on constate que le salaire horaire du recourant se composait comme suit : salaire horaire de base 26 fr. 83, auquel s'ajoutent 2 fr. 31 à titre d'indemnité pour les vacances (8, 33 %), 0 fr. 86 à titre d'indemnité pour les jours fériés (3, 2 %) et 2 fr. 50 (8, 33 %) pour le 13<sup>ème</sup> salaire, soit un total de 32 fr. 50 de l'heure. Dans le cas où, comme en l'espèce, le salaire horaire comprend une indemnité pour les vacances et une pour les jours fériés, il convient, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière (cf. TF 8C\_520/2016 arrêt du 14 août 2017, consid. 4.3.2), de déduire du temps de travail annuel les jours correspondant aux vacances et aux jours fériés avant d'ajouter un supplément de 8, 33 % pour tenir compte du 13<sup>ème</sup> salaire. Par conséquent, il y a lieu de calculer le revenu sans invalidité comme suit : 26 fr. 83 (salaire horaire de base) x 42 (heures hebdomadaires) x 52 (horaire annuel) et d'ajouter à ce total 8,33 % à titre de 13<sup>ème</sup> salaire. On obtient ainsi un revenu annuel sans invalidité de 63'477 fr. 83 (58'596 fr. 72 + 4'881 fr. 11). Il y a toutefois encore lieu d'indexer le salaire de 2013 à 2017, naissance éventuelle du droit à une rente. Toutefois, après indexation de ce montant à 2017 (+ 0,7 % en 2014, + 0,3 % en 2015 + 0,6 % en 2016 et + 0,4 % en 2017 [Office fédéral de la statistique OFS, Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1990-2015]), on aboutit à un revenu mensuel sans invalidité de 5'289 fr. 80.

b) En ce qui concerne le revenu d'invalidité, il y a lieu de constater que l'intimé s'est conformé à la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière en se fondant sur les données statistiques résultant de l'ESS et en tenant compte de la capacité résiduelle de travail du recourant et de son niveau de compétences, soit le salaire de référence auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et service) (TA1 ; niveau de compétences 1) avant de l'adapter à la durée hebdomadaire moyenne de travail et à l'évolution des salaires nominaux de 2013 à 2017. Ce calcul ne prête pas le flanc à la critique et doit être confirmé. Ainsi, le revenu avec invalidité s'élève à 67'656 fr. 27, ce qui correspond à un salaire mensuel de 5'638 francs. Il s'ensuit que le revenu avec invalidité (5'638 fr.) est légèrement supérieur à celui sans invalidité (5'289 fr. 80), ce même en procédant à un abattement de 5 %. L'intimé était donc légitimé à ne retenir aucun préjudice économique (art. 16 LPGA). Le degré d'invalidité étant nul, la suppression de la rente d'invalidité trois mois après que la capacité de travail, respectivement de gain du recourant s'est améliorée, soit dès le 1<sup>er</sup> août 2017 (art. 88a al. 1 RAI [règlement sur l'assurance invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201]), s'avère justifiée. c) Le degré d'invalidité du recourant étant nul, ses conclusions subsidiaires tendant à l'octroi de mesures de reclassement professionnel doivent être rejetées (art. 17 LAI).

## **E. 8**

a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 et 125 I 127 consid. 6c/cc ; TF 8C\_660/2015 du 24 février 2016 consid. 4.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10

p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d, 119 V 335 consid. 3c et 104 V 209 consid. a ; TF 8C\_372/2014 du 12 mai 2015 consid. 4.3). b) En l'espèce, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant, à savoir son audition et celles de ses médecins par la Cour de céans. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée.

## **E. 9**

a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis première phrase LAI). En l'espèce, ils doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. N'obtenant pas gain de cause, le recourant n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). c) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement forfaitaire de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). En l'espèce, par décision de la juge instructeur du 29 novembre 2019, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 28 juin 2018 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Jean-Pierre Wavre. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 12 décembre 2019, qui comprend notamment des débours. Il convient toutefois sur ce dernier point d'appliquer le forfait de 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Toutefois, les opérations antérieures au 28 juin 2018 (0.25 heure) et celles relatives à la lecture, à l'analyse de l'arrêt et à l'envoi de l'arrêt avec commentaire par anticipation (0.33 et 0.25 heure) doivent être retranchées du total des heures comptabilisées. Au final, compte tenu de la difficulté de la cause et de son ampleur, le montant de l'indemnité de Me Jean-Pierre Wavre est arrêté à 2'200 francs, débours et TVA compris. La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).