

VD_GERICHTE ZD21.024956 vom 28. Juli 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-07-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD21.024956

FR: VD_GERICHTE ZD21.024956 du 28 juillet 2022

IT: VD_GERICHTE ZD21.024956 del 28 luglio 2022

Erwägungen

E. 6

a) La décision entreprise couvre trois périodes distinctes, soit une première durant laquelle le recourant présentait un degré d'invalidité de 50 % ; une deuxième après une aggravation de son état de santé en mai 2016, qui a donné lieu à l'octroi d'une rente d'invalidité entière compte tenu d'un degré d'invalidité de 100 % ; et une dernière après une amélioration de son état de santé en avril 2017, portant son degré d'invalidité à 13 % et fermant son droit à une rente. En l'espèce, le recourant ne conteste en soi pas les périodes durant lesquelles il a bénéficié d'une demi-rente d'invalidité puis d'une rente entière, soit respectivement du 1er mai 2015 au 31 juillet 2016 et du 1er août 2016 au 30 juin 2017. Se pose ainsi singulièrement la question de savoir si son état de santé a bien connu une amélioration dès le 1er avril 2017, engendrant trois mois plus tard la suppression, par révision, de la rente entière d'invalidité qui lui avait été octroyée dès le 1er août 2016. b) La décision entreprise retient qu'à partir du 1er avril 2017, une pleine capacité de travail pouvait être exigée du recourant, dans une activité adaptée. Cette décision est fondée sur les expertises du 28 septembre 2017 du BA._____ et du 25 janvier 2021 du J._____, dont les conclusions ont été suivies par le SMR. Le recourant reproche à l'OAI de ne pas avoir pris en compte toutes ses atteintes à la santé et prétend que sa situation ne lui permettrait pas d'exercer une quelconque activité professionnelle. Il soutient que les deux expertises seraient incomplètes et met en doute la valeur probante de la deuxième expertise en particulier. Il convient donc d'examiner la valeur probante des deux expertises précitées, étant précisé que le recourant n'a pas contesté leurs volets psychiatriques, qui n'ont mis en évidence aucune atteinte psychique. Aucun rapport médical au dossier ne soutenant l'existence d'une telle atteinte et le recourant ne s'en prévalant pas, il n'y a donc pas lieu de se pencher plus avant sur cet aspect. Le recourant conteste en

- 61 - effet l'appréciation médicale de son état de santé sur le plan somatique uniquement.

E. 7

a) Les experts du BA._____ ont examiné personnellement le recourant, ont fait réaliser un examen sanguin et médicamenteux, ont effectué un status complet, considéré ses plaintes (dont la perte de poids déclarée de 10 kg), pris connaissance des avis et diagnostics par les différents médecins intervenus préalablement, établi une anamnèse complète, étudié et synthétisé le dossier médical, et retenu des diagnostics cohérents avec leurs constats. Les experts ont en particulier retenu que le recourant présentait des douleurs du pouce gauche depuis 2010, en augmentation progressive, qu'une rhizarthrose et un pouce en Z douloureux avaient été diagnostiqués et avaient justifié un arrêt de travail dès le mois d'avril 2014. Cette date a été fixée par l'OAI comme le début de l'incapacité de travail déterminante pour le droit à la rente (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). L'intéressé avait d'ailleurs déposé sa demande de prestations en la motivant principalement par sa rhizarthrose, ce qu'il avait

confirmé lors de son entretien au stade de l'intervention précoce (cf. demande du 6 novembre 2014 et entretien du 16 février 2015). Le 9 mai 2014, le recourant avait bénéficié d'une cure de rhizarthrose (ou trapézectomie et ligamentoplastie), ensuite de laquelle ses douleurs avaient diminué, mais des décharges électriques et des troubles sensitifs digitaux avaient persisté. Il avait été en incapacité de travail à des taux fluctuants, avait repris son activité habituelle à un taux réduit de 50 % dès le 27 octobre 2015 (pour les détails, cf. faits, partie A/g ci-avant). Il avait signalé des dorsalgies importantes et faiblesses musculaires généralisées vers le milieu de l'année 2015, qui avaient été investiguées, le bilan étant revenu négatif (cf. également le rapport de la Dre L. _____ du 29 décembre 2015). Le Dr H. _____ avait attesté son incapacité de travail à 100 % dès le 1er mai 2016, ce qui a été retenu comme date de l'aggravation de son état de santé (cf. son rapport du 13 décembre 2016). Après plusieurs investigations médicales, et différents

- 62 - traitements infructueux, un syndrome du canal carpien gauche avait été objectivé par ENMG du 9 septembre 2016. Le port d'une attelle d'extension nocturne n'ayant pas apporté d'amélioration notable des symptômes, le recourant avait été opéré le 30 novembre 2016 d'une cure du tunnel carpien gauche (désincarcération du nerf médian gauche). Après cette intervention, le Dr W. _____ avait constaté la disparition des symptômes et estimé que l'intéressé pouvait reprendre une activité adaptée dès le 15 mars 2017 (cf. rapports des 15 février et 27 juin 2017). Pour sa part, le Dr H. _____ estimait que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50 % dès le 31 mars 2017. Les experts du BA. _____ ont relevé les problèmes de la main gauche qui imposaient des limitations fonctionnelles, tout comme les rachialgies occasionnelles en relation avec une importante cyphose dorsale. Ils ont estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 50 %, en raison des difficultés à effectuer de la soudure avec l'utilisation répétée de la main gauche. Dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'intéressé était de 100 % dès février 2017, soit environ deux mois après l'intervention pour le tunnel carpien gauche. Ils avaient toutefois mentionné dans leur complément d'expertise sur demande du SMR : « A noter que la compression du nerf médian était sévère avec une importante amyotrophie résiduelle de l'éminence thénar ». Compte tenu de cette remarque, le SMR a estimé qu'il se justifiait de retenir le mois d'avril 2017 comme date de la reprise exigible de l'activité professionnelle, à 50 % dans l'activité habituelle et à 100 % dans une activité adaptée. L'octroi de la demi-rente d'invalidité à l'intéressé dès le mois de mai 2015 résultait ainsi de l'atteinte à la santé que constituait la rhizarthrose gauche et sa cure du 9 mai 2014. Ensuite, compte tenu de l'aggravation de l'atteinte à la main du gauche de l'intéressé dès le mois de mai 2016, diagnostiquée en septembre 2016 et opérée le 30 novembre 2016, le degré d'invalidité du recourant s'est élevé à 100 %, justifiant l'allocation d'une rente entière d'invalidité. A la suite de l'intervention de cure du tunnel carpien gauche, il était en mesure, selon

- 63 - les experts, le SMR, ainsi que les Drs W. _____ et H. _____, de reprendre une activité adaptée à 100 %. Cette dernière évolution est contestée par le recourant, qui se prévaut d'atteintes que l'intimé n'aurait pas prises en compte. b) A la réception du projet de décision de l'OAI, l'intéressé s'est opposé à son contenu en évoquant une autre atteinte que celles de sa main et de son dos, soit une probable ostéoporose génétique, qui était en cours d'investigation. Il se prévalait de la porosité de ses os, d'un risque de fractures, de la fragilité de sa colonne vertébrale, de sa perte de masse osseuse et musculaire, de la diminution de sa taille, de douleurs, de fatigue, des effets de son traitement par opiacés, de l'instabilité de son poignet droit et de lâchages des mains et des jambes. En procédure

judiciaire, il a réitéré ce qui précède, faisant valoir en substance que ces atteintes n'avaient pas été prises en compte dans la première expertise, et que la seconde n'avait pas suffisamment établi leurs effets sur sa capacité de travail. c) Or, ses plaintes à partir de mi-2015 concernant des douleurs musculaires diffuses de type courbatures, gonalgies occasionnelles et myalgies diffuses, associées à une faiblesse généralisée, une asthénie, des troubles du sommeil et une perte de poids, le lâchage d'objets et une instabilité du poignet droit ont été précisément mentionnées dans plusieurs passages du rapport d'expertise (voir histoire médicale selon l'expertisé pp. 12 et 13, synthèse et discussion - rappel de l'histoire médicale pp. 21 et 22 de l'expertise du BA. _____). Le rapport exposait à ce propos que les résultats des différents examens médicaux entrepris (bilan médical, IRM, radiographies, scintigraphie osseuse, examen clinique, HLA B27, médication et autres) s'étaient tous révélés négatifs (voir rapport d'expertise du BA. _____, pp. 12, 13, 21 et 22), hormis une instabilité radio-cubitale à droite qui est décrite comme étant non douloureuse et non investiguée (voir rapport du BA. _____, p. 22). Dans son rapport du 28 septembre 2015, le Dr C. _____ avait fait état de telles plaintes tout en envisageant une reprise graduelle de

- 64 - son activité professionnelle à 50% dès le 27 octobre 2014, puis à 75% depuis le 20 juillet 2015 et enfin à 100% à partir du 5 octobre 2015 et l'expertise fait référence à ce rapport médical (voir rapport d'expertise du BA. _____, p. 8). Il sied de rappeler par ailleurs que la Dre L. _____ évoquait d'abord des douleurs multiples et de la fatigue, puis, se surajoutant, une gonalgie et le lâchage de genou et objets, dans un contexte de difficultés ayant immédiatement précédé et suivi son licenciement par K. _____ SA (voir ses rapports médicaux des 25 janvier, 9 février, 19 avril, 12 mai, 13 juin et 23 août 2016), sans toutefois se prononcer quant à la capacité de travail du recourant. En parallèle, différentes investigations étaient menées sur les plans clinique, radiologique et sanguin, en ce qui concerne les myalgies (rapports du Dr P. _____ des 18 mai et 26 juin 2016), les troubles du sommeil (rapport du Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil du Centre hospitalier G. _____ du 26 mai 2016), au moyen d'un IRM du corps entier (rapport du 28 juillet 2016) et par le biais de la médecine manuelle (rapports du Dr [...] des 8 et 15 novembre 2016). Le Dr N. _____ posait le diagnostic de fatigue et douleurs musculaires diffus sans substrat organique objectivé (voir ses rapports des 24 novembre et 13 décembre 2016), en retenant une capacité de travail fluctuante en relation avec l'opération du nerf médian gauche programmée le 30 novembre 2016. Il expliquait l'œdème à la cheville droite, pour lequel le recourant avait consulté en urgence, comme étant dû à une entorse des ligaments après une marche de deux heures (voir son rapport du 31 mars 2017). Le Dr JK. _____ notait la présence de myalgies inflammatoires d'origine indéterminée associées à une sensation de faiblesse généralisée et énumérait les différents examens et traitement entrepris afin de permettre de les objectiver (voir ses rapports des 16 décembre 2016 et 13 janvier 2017). Les myalgies ont été suivies par le Dr Q. _____ et le Dr R. _____ des Unités somatiques du Centre hospitalier G. _____ (voir leurs rapports des 16 et 22 mai et 21 juillet 2017), qui rapportaient les

- 65 - plaintes y relatives du recourant et les résultats sans particularité des différentes investigations menées notamment sur le plan rhumatologique. S'agissant de l'évolution du poids du recourant, le rapport de la Dre [...] du 12 février 2016 mentionnait un poids de 70 kg, le rapport de la Dre [...] du 19 juillet 2016 de 69 kg, le rapport de la Dre L. _____ du 25 octobre 2016 de 67 kg et le rapport du Dr Q. _____ du 22 mai 2017 de 68 kg. Dans

tous les cas, l'indice de masse corporelle pour un poids oscillant entre 65 et 70 kilos et une taille de 175 centimètres correspondait à une corpulence normale selon les médecins. Un résumé des principaux rapports médicaux et examens figure dans le rapport d'expertise (voir rapport du BA. _____, pp. 5 à 11). Il faut en conclure que les plaintes du recourant en ce qui concernait les autres atteintes que celles de la main gauche et du dos ont été pris en compte par les premiers experts, à l'exception de la question de la porosité et de la fracture de ses os. Les experts ont estimé que les diagnostics de probable instabilité radio-cubitale du poignet droit et de douleurs musculaires diffuses d'origine indéterminée n'avaient aucune incidence sur sa capacité de travail (rapport d'expertise du BA. _____, pp. 21 à 24). Par conséquent, seuls des diagnostics sur le plan rhumatologique concernant la main gauche et le dos et ayant une incidence sur la capacité de travail ont été explicitement retenus dans le cadre de la première expertise, ce que la DreDF. _____ du SMR synthétisait dans son rapport du 27 avril 2018, en suggérant néanmoins de repousser la date de reprise d'une activité adaptée de février 2017 à avril 2017 afin de tenir compte de la compression sévère du nerf médian. d) A partir de juillet 2018, dans le contexte de la fin de son droit au chômage et de la perception depuis lors d'un revenu d'insertion, le recourant a fait valoir une aggravation de son état de santé qu'il résumait en une ostéogénèse imparfaite, une ostéoporose et un syndrome d'Ehlers Danlos (voir note de l'OAI relative à l'entretien du 9 juillet 2018

- 66 - avec l'assuré). Il a contesté le préavis de décision de l'OAI du 24 octobre 2018 quant à la suppression de sa rente entière au 30 juin 2017, en se prévalant d'investigations en cours et d'une suspicion d'ostéoporose génétique pour son fils et lui (voir ses lettres des 10 janvier et 28 février 2019). A ce moment-là, le nouveau médecin traitant du recourant depuis avril 2018, le Dr K. _____, a posé un diagnostic de douleur ostéoarticulaire diffuse dans le cadre d'ostéogénèse imparfaite avec répercussion sur sa capacité de travail et indiqué une perte de masse osseuse et musculaire et une diminution de taille de 175 à 170 centimètres en une année ; il signalait que des investigations étaient en cours pour déterminer si le recourant souffrait d'une ostéoporose génétique et du syndrome Ehlers-Danlos (voir lettre du Dr K. _____ du 8 mars 2019), alors même que deux mois plus tard, dans son rapport du 23 mai 2019, le Dr K. _____ indiquait un poids de 68 kg pour une taille de 175 centimètres qui correspond au poids mentionné dans le rapport du Dr Q. _____ du 22 mai 2017. Il évaluait sa capacité de travail à 50 % dans la soudure spécialisée. La spécialiste en rhumatologie, la Dre YS. _____, retenait un diagnostic ayant une incidence sur sa capacité de travail de maladie complexe du tissu conjonctif d'origine génétique associant fractures multiples et hypermobilité articulaire et des limitations fonctionnelles tenant notamment compte de la fragilité osseuse et de l'instabilité des membres supérieurs. Elle évaluait sa capacité de travail entre 20 et 50 % dans une activité adaptée et le potentiel de réadaptation comme étant bon. Les résultats des investigations susmentionnées sont documentés par un rapport d'analyse moléculaire du 12 août 2019 n'identifiant pas une ostéogénèse imparfaite, ainsi que par un rapport de densitométrie osseuse du 30 décembre 2019 qui indique une ostéoporose au niveau de la colonne lombaire et du fémur proximal, tout en mettant en évidence une situation améliorée par rapport à l'examen de mars 2018, une texture osseuse normale de la colonne lombaire et l'absence de fracture vertébrale. Le rapport du Dr [...] au Dr K. _____ du 27 avril 2020 écartait la présence d'un syndrome d'Ehlers-Danlos et retenait le diagnostic de polyarthralgies dans le cadre d'un syndrome d'hypermobilité

- 67 - articulaire bénigne et d'ostéoporose fracturaire. C'est ainsi que ni l'ostéogénèse imparfaite, ni le syndrome d'Ehlers-Danlos n'ont été objectivés. Sur la base des derniers rapports médicaux, la Dre DF. _____ du SMR a préconisé le 2 mars 2020 une expertise neurologique, rhumatologique et psychiatrique. Dans le rapport de cette deuxième expertise établie par le J. _____ le 25 janvier 2021, seule l'expertise rhumatologique a conclu à des diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail du recourant. Ces diagnostics étaient les suivants : polyarthralgies/myalgies dans le cadre d'une maladie complexe du tissu conjonctif d'origine génétique associant fractures multiples, hypermobilité articulaire (2019) M35.8, ostéoporose fracturaire traitée par Aclasta M81.9, hyperlaxité de l'articulation de la base du pouce gauche, remaniements dégénératifs métacarpo-trapézoïdien, status post- trapézectomie et interposition tendineuse le 09 mai 2014 pour rhizarthrose gauche (M19.93) Z98.8, arthrose modérée trapézo- métacarpienne droite M19.93, dorsolombalgies chroniques, troubles statique (cyphose dorsale), cervicales chroniques, M54.2 et status après cure de tunnel carpien gauche (voir expertise du J. _____, p. 11). Les experts ont évalué sa capacité de travail à 50 % dans l'activité habituelle, en raison des atteintes de la main gauche, et à 100 % dans une activité adaptée respectant les limitations depuis avril 2017. L'expertise indique un poids de 69 kilos pour une taille de 172 centimètres, précisant que cela correspond à un poids normal (voir rapport d'expertise du J. _____, p. 10). Les experts du J. _____ ont donc considéré que les diagnostics retenus d'hypertension artérielle I10 (voir expertise de médecine interne, p. 19) et de status après cure de tunnel carpien gauche avec atteinte motrice séquellaire résiduelle de la main gauche G56.0 (voir expertise neurologique, p. 25) n'avaient aucune incidence sur la capacité de travail du recourant.

- 68 - e) Par rapport à la première expertise, précisément les mêmes diagnostics d'hyperlaxité de l'articulation de la base du pouce gauche, de trapézectomie et interposition tendineuse pour rhizarthrose gauche et de cure de tunnel carpien gauche ont été retenus dans la deuxième expertise qui constate des remaniements dégénératifs métacarpo-trapézoïdien, alors que la première expertise se réfère à des troubles sensitifs et moteurs séquellaires du pouce et de l'index gauche. Les deux expertises mentionnent des rachialgies occasionnelles sur importante cyphose dorsale (première expertise), respectivement des dorsolombalgies chroniques et troubles statiques (cyphose dorsale) et des cervicales chroniques (deuxième expertise). En revanche, la seconde expertise a posé le diagnostic de polyarthralgies/myalgies dans le cadre d'une maladie complexe du tissu conjonctif d'origine génétique associant fractures multiples et hypermobilité articulaire (M35.8, 2), ainsi que d'ostéoporose fracturaire traitée par Aclasta (M81.9) et d'arthrose modérée trapézo-métacarpienne droite (M19.93). Ces diagnostics relèvent exclusivement du domaine rhumatologique, à l'instar des diagnostics tirés dans le cadre de la première expertise. Les deux derniers diagnostics sont indiqués comme étant traités ou modérés, influençant dès lors dans une moindre mesure sa capacité de travail. L'experte rhumatologue du J. _____ a en outre précisé que le status était superposable à celui de la première expertise et que leurs conclusions en ce qui concernait la capacité de travail restaient les mêmes, en écartant l'éventualité d'une aggravation de son état de santé (voir expertise rhumatologique du J. _____, p. 12). En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, par rapport à la première expertise qui décrivait uniquement des activités nécessitant de la force et la pince répétée avec la main gauche, des travaux lourds et des positions debout prolongées, la deuxième expertise a retenu des changements de position possibles, pas de station assis ou debout prolongées, pas de travail répétitif avec les

articulations en général, ni de travail physique impliquant les membres supérieurs, un travail seulement d'appoint avec la main gauche, pas de travail sur échelle, ni échafaudage,

- 69 - pas de déplacements prolongés ni répétitifs sur terrain inégal, un port de charge limité à 5 - 10 kg du côté droit, une limitation du port de charge à gauche 5 kg et pas d'efforts physiquement contraignants pour le rachis. On peut en déduire que les seconds experts ont considéré dans leur globalité les affections d'ordre rhumatologique dont souffre le recourant, en diagnostiquant une maladie complexe du tissu conjonctif d'origine génétique associant fractures multiples et hypermobilité articulaire qui se manifeste sous la forme de polyarthralgies/myalgies et qui justifie des limitations fonctionnelles correspondantes. C'est ce qu'a relevé le SMR, dans ses avis médicaux des 8 février et 21 juillet 2021. Ainsi, la deuxième expertise circonscrivait également de manière plus précise ce qu'il fallait entendre par une activité adaptée dans le cas du recourant. Le recourant ne saurait par conséquent être suivi lorsqu'il reproche à la deuxième expertise d'avoir retenu des diagnostics supplémentaires mais d'être arrivée aux mêmes conclusions que la première expertise quant à sa capacité de travail. f) Les experts du J. _____ ont tenu compte des autres appréciations médicales, en particulier des rapports de la Dre YS. _____ et du Dr [...] (voir le résumé des principaux rapports médicaux, pp. 32 à 42 du rapport). Le rapport succinct du Dr [...], médecin généraliste, du 4 juin 2021 et le protocole de l'opération du 2 juin 2021, produits en procédure judiciaire, ont été établis postérieurement au deuxième rapport d'expertise et à la décision litigieuse, de sorte qu'ils ne peuvent en principe pas être pris en compte. Cela étant, le médecin du SMR s'est exprimé à propos des allégations du recourant basées sur ces deux derniers documents médicaux, selon lesquelles ses problèmes de santé se seraient aggravés depuis la deuxième expertise et la prise d'opiacés à hautes doses aurait un impact sur sa capacité de travail. Le SMR a considéré, d'une part, que la dernière densitométrie osseuse avait mis en évidence une amélioration de la situation et l'absence de fractures et, d'autre part, que le rapport du Dr [...] ne faisait qu'évoquer un risque hypothétique sans préciser concrètement les doses d'opiacés administrées et leurs effets dans le cas de son patient (rapport du SMR du 21 juillet 2021). Ces considérations paraissent cohérentes et convaincantes.

- 70 - Le recourant fait également grief aux seconds experts de ne s'être pas prononcés sur sa perte de masse osseuse et musculaire et la diminution de quelques centimètres de sa taille. Or, la seconde expertise relève un poids dans la norme pour sa taille et retient à titre de diagnostic une ostéoporose traitée par Aclasta pour prévenir le risque de fractures. De plus, le SMR a indiqué que l'ostéoporose fracturaire pouvait se traduire par une perte de taille, sans engendrer des limitations fonctionnelles particulières (rapport du SMR du 21 juillet 2021). g) En conséquence, il faut retenir que tous les experts s'accordent pour retenir une capacité de travail du recourant à 50 % dans son activité habituelle et à 100 % dans une activité adaptée à partir du 1er avril 2017 et qu'en parallèle, ils mettent en lumière le fait que le recourant a conservé des capacités et des ressources pour réaliser toutes les activités de la vie quotidienne et exercer une activité professionnelle adaptée. En effet, les deux expertises montrent que le recourant participe activement aux activités ménagères et à la conciergerie de deux immeubles de plusieurs étages, qu'il réalise des mandats en matière de soudure spécialisée dans le cadre de [...] et souhaiterait trouver un poste à temps partiel de conseiller technique dans ce domaine. Sur ce point, les conclusions du Dr K. _____ et de la Dre YS. _____ consultés par le recourant divergent. Cependant, l'on notera que l'avis donné le 8 mars 2019 par le Dr K. _____ se résume à des réponses très succinctes

adressées au conseil du recourant et que le praticien envisageait alors la seule activité à 50 % de conseil technique dans la soudure spécialisée. Il en va de même de l'avis du 29 octobre 2019 de la Dre YS. _____ qui, quoique plus étoffé, n'en demeure pas moins succinct et évalue sa capacité de travail entre 20 et 50 % dans un poste adéquat, sans autre explication. En revanche, il faut rappeler que le Dr W. _____ attestait, dans son rapport du 27 juin 2017, une capacité de travail à 100% depuis le 15 mars 2017 dans une activité adaptée, comme l'évaluent les experts.

- 71 - h) A la lumière des éléments développés ci-avant, il y a lieu de considérer que les expertises du BA. _____ et du J. _____ peuvent toutes deux se voir reconnaître une pleine valeur probante conformément aux critères jurisprudentiels applicables. Lors de la deuxième expertise, à l'instar de la première, les experts ont examiné le patient et effectué un status complet, considéré ses plaintes, pris connaissance des avis et diagnostics émis par les différents médecins traitants, établi une anamnèse complète, étudié le dossier médical et retenu des diagnostics cohérents. Leurs appréciations médicales sont claires, détaillées et motivées. C'est ainsi que l'argument du recourant qui soutient que la deuxième expertise serait dépourvue de valeur probante tombe à faux. i) Partant, le recourant n'a pas apporté d'élément objectif médicalement permettant de mettre en doute l'amélioration de son état de santé, et de sa capacité de gain, à compter du mois d'avril 2017, et l'absence de dégradation ultérieure notable jusqu'à la reddition de la décision litigieuse (art. 88a al. 2 RAI). L'intimé était fondé à retenir que le recourant disposait d'une pleine capacité de gain dans une activité adaptée à partir du 1er avril 2017, son état de santé s'étant amélioré à la suite de l'intervention de cure du tunnel carpien de sa main gauche.

E. 8

Sur le plan économique, s'agissant du calcul du degré d'invalidité, le recourant ne formule pas de grief précis. Examiné d'office, le degré d'invalidité fixé par l'intimé ne prête pas le flanc à la critique et s'élève à 13 % dès la date de l'amélioration de la capacité de travail, ce qui ferme son droit à une rente d'invalidité au-delà du 30 juin 2017, trois mois après dite amélioration (art. 28 al. 1 LAI cum 88a al. 1 RAI). En particulier, son âge ne saurait en l'occurrence justifier un abattement supplémentaire (à ce sujet : ATF 143 V 431 consid. 4.5 ; TF 8C_296/2020 du 25 novembre 2020 et les références). Au demeurant, le fait que la recherche d'emploi puisse être rendue plus difficile en raison de l'âge est un facteur étranger à l'invalidité (ATF 146 V 16 consid. 7.2.1 in fine). Il s'agit donc de confirmer la décision entreprise s'agissant du degré d'invalidité également.

- 72 -

E. 9

a) Le recourant argue qu'à son âge et compte tenu de son traitement à base d'opiacés, une reconversion professionnelle ne serait pas concevable. Les remarques formulées ci-avant quant aux allégations relatives au traitement par opiacés s'appliquent ici également. b) Quant à l'âge du recourant, il justifie que la question de son éventuel droit à des mesures de réadaptation soit analysée. aa) Il arrive que l'octroi préalable de mesures de réadaptation constitue une condition sine qua non, d'un point de vue professionnel, à la valorisation économique de la capacité de travail (TF 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7). Lorsque le droit à la rente d'une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins est réduit ou supprimé par révision (art. 17 al. 1 LPGA), reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), ou dans le cadre d'une décision

d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps (ATF 145 V 209 consid. 5), la jurisprudence considère que cette personne appartient à la catégorie d'assurés dont il convient de présumer qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail (TF 9C_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.1 et 5.2). Par conséquent, dans ces situations, l'examen et l'exécution des éventuelles mesures constituent une condition de la suppression (ou réduction) de la rente, cette dernière ne pouvant prendre effet antérieurement (TF 8C_582/2017 du 22 mars 2018 consid. 6.4 et les références citées). La question du moment auquel la limite des 55 ans doit être déterminée a été laissée ouverte par le Tribunal fédéral jusqu'à l'arrêt 8C_104/2021 du 27 juin 2022 (destiné à la publication et qui trouve application in casu, cf. ATF 140 V 154 consid. 6.3.2 et réf. cit. ; TF 9C_346/2017 du 14 novembre 2017 consid. 5.3.1). Le moment déterminant pour l'aptitude à la réadaptation par soi-même dans ce cadre est celui de la décision, même dans le cadre de l'octroi d'une rente d'invalidité limitée dans le temps et octroyée avec effet rétroactif (TF 8C_104/2021 précité, consid. 7.3.2). Notre Haute Cour a de plus indiqué que cette question devait être examinée d'office (idem, consid. 7.1.4).

- 73 - bb) En l'espèce, au moment de la reddition de la décision, le 7 mai 2021, le recourant était âgé de 58 ans, de sorte que la présomption précitée devait s'appliquer à sa situation. Théoriquement, au vu des principes développés ci-avant, il pourrait ainsi prétendre à l'octroi de mesures de réadaptation. cc) Cela étant, pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références citées), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'AI, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 9.2 et la référence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1). En l'espèce, le recourant a manifesté à plusieurs reprises son absence d'intention et de souhait de profiter de telles mesures, dûment proposées par l'intimé (cf. rapport initial d'intervention précoce du 16 février 2015, procès-verbal de l'entretien du 25 mars 2015, communication du 27 mars 2015, procès-verbal d'entretien du 9 juillet 2018, projet de décision du 24 octobre 2018, réponse au recours du 25 août 2021). Le recourant n'a du reste pas formulé de grief spécifique s'agissant des mesures dans la présente procédure ni conclu à leur octroi en sa faveur. Il appert donc que la position de l'OAI s'agissant des mesures de réadaptation peut être confirmée, étant rappelé qu'il a communiqué au recourant, dans la décision entreprise, la possibilité qui lui est offerte de bénéficier d'une aide au placement s'il le désire.

- 74 -

E. 10

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'OAI du 7 mai 2021, confirmée. b) 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. 1bis, première phrase, LAI). En

l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 600 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la partie recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA a contrario).

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