

# VD\_GERICHTE ZD24.000747 vom 9. April 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-04-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD24.000747](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.000747)

FR: VD\_GERICHTE ZD24.000747 du 9 avril 2025

IT: VD\_GERICHTE ZD24.000747 del 9 aprile 2025

## Erwägungen

### E. 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

- 17 - 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 18e 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).

#### **E. 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

- 18 - 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).

- 19 - 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).

## E. 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.

- 20 - 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 le 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

- 21 - 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

- 22 - 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.\_\_\_\_\_.

## **E. 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

- 23 - 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

- 24 - 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

- 25 - 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.

## **E. 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

- 26 - 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).

#### **E. 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,

- 27 - 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 1er juin 2020 prenait fin le 30 septembre 2021, trois mois après l'amélioration son état de santé.

#### **E. 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

- 28 - 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 LPGGA) 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).

- 29 - cc) Selon l'art. 18 LAI, l'assuré en incapacité de travail (art. 6 LPGGA) 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 diligemment 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

- 30 - 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.

#### **E. 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. 1bis 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

- 31 - 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 défraiment 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 LPG).

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