

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 juin 2022

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
M. Métral, juge, et M. Bonard, assesseur  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

Q. \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 6 s., 16, 17 al. 1, 43 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 8 al. 1, 15  
s. et 28 LAI ; 88a RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** Ressortissant hongrois, Q.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est divorcé et père de deux enfants majeurs. Il est titulaire d'une autorisation d'établissement « UE/AELE C » en Suisse. Au bénéfice d'un CFC de ferblantier obtenu en [...], il a notamment travaillé en cette qualité, d'août 2017 à décembre 2018, dans le cadre de missions temporaires effectuées pour le compte de la société B.\_\_\_\_\_ SA, à [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

En arrêt de travail depuis le 2 septembre 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles/rente), enregistrée le 21 janvier 2019 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'un accident.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI s'est vu communiquer le dossier médical constitué par la CNA versant ses prestations journalières depuis le 2 septembre 2018 sur la base d'une incapacité de travail de l'assuré de 100 % (pièce 6). Il en ressort qu'à la suite d'un accident non professionnel (chute en avant en sortant d'un bus le 1<sup>er</sup> septembre 2018 à 21h45), l'assuré a été blessé (luxations multiples aux doigts gauches [interphalangiennes proximales D2 & D4 et interphalangienne distale D3] et contusions à l'épaule gauche [avec présence d'une arthrose acromio-claviculaire de l'épaule] ; cf. rapport du 3 septembre 2018 relatif à des radiographies effectuées le jour précédent à l'Hôpital [...] [[...]] Site de [...]), qu'il a subi une réduction de luxations multiples des deuxième, troisième et quatrième rayons avec une congruence satisfaisante des surfaces articulaires aux radiographies de la main gauche (face/oblique) le 2 septembre 2018, et qu'après un examen arthro-IRM du 28 novembre 2018, il a bénéficié d'une infiltration sous-acromiale et acromio-claviculaire gauche réalisée le 21 décembre 2018 au [...] avec un bon effet, sans indication pour une prise en charge chirurgicale en l'état, mais moyennant la poursuite d'exercices de

physiothérapie avec proprioception (rapport de consultation du 21 janvier 2019 signé par le Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Selon le rapport d'un entretien initial du 13 mars 2019 avec un des spécialistes en réadaptation professionnelle à l'OAI, l'assuré était motivé et désireux de travailler. L'activité habituelle de ferblantier, qui consistait en la pose de revêtements de toits, rénovations et réparations, était compromise. Un séjour de l'assuré à la Clinique romande de réadaptation (CRR) de Sion était envisagé ; il convenait d'attendre encore pour voir l'évolution et si l'intéressé était en mesure de reprendre son activité usuelle ; dans la négative, un droit aux mesures d'ordre professionnel serait ouvert pour mettre en valeur le CFC de l'assuré, la stratégie élaborée en vue de la réinsertion professionnelle envisagée consistant en l'octroi de cours de base en informatique.

Dans le cadre de son instruction du cas, l'OAI a obtenu des renseignements complémentaires sur la base du dossier médical en mains de la CNA (pièces 22 et 27), dont il ressort que l'assuré a séjourné, du 24 juillet au 20 août 2019, au sein du service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la CRR. Dans leur rapport de sortie du 5 septembre 2019, les Drs F. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, cheffe de clinique, et P. \_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont posé les diagnostics suivants :

“DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour omalgies gauches et des doigts de la main gauche

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- Traumatisme de l'épaule et de la main gauche le 01.09.2018 avec :
  - luxation des IPP [interphalangiennes proximales] de D2 et D4, IPD [interphalangienne distale] de D3
  - lésion antérieure du supra-épineux, œdème du trochiter compatible avec contusion osseuse, bursite sous-acromio-deltoïdienne, décompensation arthrosique de l'AC [acromio-claviculaire] (arthro-IRM du 28.11.2018)”

Sur la base des résultats de leurs examens complémentaires (rapport de physiothérapie, rapport d'ergothérapie, rapport final des ateliers professionnels, évaluations des capacités fonctionnelles, radiographies main gauche/épaule gauche/ doigts III et IV gauches et résultats de laboratoire), ces médecins ont encore posé au cours du séjour, les diagnostics d'hypertension artérielle et de dyslipidémie. Sur place, la participation de l'assuré aux thérapies a été élevée, sans aucune incohérence relevée. En fin de séjour, la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes médicales, la poursuite d'un traitement de physiothérapie et d'ergothérapie étant susceptible d'améliorer la force et les douleurs de l'épaule gauche, ainsi que la force de préhension et la dextérité fine de la main. Une stabilisation du cas était attendue dans un délai de trois mois. Aucune intervention chirurgicale n'était proposée. En cas d'échec du processus de réinsertion dans l'ancienne activité professionnelle, un nouveau séjour pour évaluation des capacités professionnelles pouvait être proposé.

Du 5 novembre au 5 décembre 2019, l'assuré a bénéficié de la part de l'OAI d'une mesure d'intervention précoce sous la forme d'une orientation professionnelle par le biais du cours intitulé « Faire le point, faire le pas » organisé auprès de L.\_\_\_\_\_, à [...].

Dans l'attente du rapport final de la part de la CNA, l'OAI a informé l'assuré de la fin de son droit à des mesures d'intervention précoce et que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables pour l'instant. Il s'agissait de poursuivre l'instruction de la demande de prestations et d'informer l'intéressé dès que des mesures professionnelles seraient indiquées ou qu'un projet de décision pourrait être notifié (communication du 13 décembre 2019).

Dans un rapport de fin de la mesure suivie chez L.\_\_\_\_\_, enregistré par l'OAI le 7 janvier 2020 au dossier, il est écrit que l'assuré avait été confronté à lui-même ainsi qu'à ses lacunes durant l'atelier, qu'il avait été remué aux plans mental et physique, et qu'il avait été incapable de l'exprimer et le partager ; il était toutefois resté souriant, poli,

respectueux et avait contribué à la bonne humeur du groupe. Les difficultés rencontrées concernaient la communication. Il devait effectuer un travail sur la confiance en soi, se valoriser, poser ses besoins, trouver le positif et gagner en vision positive. La proposition pour la suite consistait en une identification par l'intéressé de ses capacités professionnelles dans des ateliers tels qu'à la CNA ou protégés.

Toujours dans le cadre de son instruction, l'OAI s'est vu communiquer par la CNA son dossier médical actualisé de l'assuré (pièce 36). Il en ressort un rapport d'examen final du 8 janvier 2020 où la Dre J. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants :

- Douleurs et raideur des doigts de la main G [gauche] dans les suites d'une luxation des IPP [interphalangiennes proximales] de D2 et D4 et de l'IPD [interphalangienne distale] de D3 survenue suite à un traumatisme de la main G le 01.09.2018.
- Douleurs de l'épaule G avec légère diminution de la mobilité dans toutes les directions dans les suites d'un traumatisme de l'épaule G ayant entraîné une lésion antérieure du supra-épineux, un œdème du trochiter compatible avec une contusion osseuse, une bursite sous-acromio-deltoïdienne et une décompensation arthrosique de l'articulation acromio-claviculaire visible à l'arthro-IRM du 28.11.2018.
- 02.09.2019 réductions des luxations des doigts.
- 21.12.2018 infiltration acromio-claviculaire et sous acromiale de l'épaule G."

Lors de l'examen final du 8 janvier 2020, la médecin d'arrondissement de la CNA a constaté ce qui suit au niveau des membres supérieurs de l'assuré :

"Assuré en bon état général apparent, pesant 60 kg pour 1m68, il est droitier.

Les épaules sont à la même hauteur, il n'y a pas d'amyotrophie manifeste de la ceinture scapulaire.

Au niveau de l'épaule G [gauche] il n'y a pas de rougeur, pas de tuméfaction, pas de différence de chaleur.

On provoque une légère douleur à la palpation de la gouttière bicipitale.

Mobilité active des épaules

	<u>Droite</u>	<u>Gauche</u>
Flexion/extension	155-0-80°	146-0-74°
Abduction	170°	168°
Main derrière la tête	sans particularité	sans particularité
Rotation externe coude au corps		55° 28°

Distance pouce/C7                      12 cm                      19 cm

### Tests de la coiffe des rotateurs

Le Jobe est bien tenu à D [droite] et il lâche de manière caricaturale à G avec déclaration d'importantes douleurs.

Le Belly-press test est bien tenu des deux côtés.

Au test de Gerber l'assuré décolle sa main D de 10 cm et sa main G de 5 cm.

Le Yocum est bien tenu tout comme le Palm-up mais à G l'assuré soupire mentionnant des douleurs.

### Mobilité active des coudes

	<u>Droite</u>	<u>Gauche</u>
Flexion/extension	140-0-0°	140-0-0°
Pronation/supination	90/90°	90/90°

### Diamètre des MS [membres supérieurs]

	<u>Droite</u>	<u>Gauche</u>
À 10 cm proximale au-dessus de la pointe de l'oléocrâne	27.0cm	26.0cm
À 10 cm distale en-dessus de la pointe de l'oléocrâne	23.0cm	23.5cm

### Mobilité active des poignets

	<u>Droite</u>	<u>Gauche</u>
Flexion dorsale	62°	63°
Flexion palmaire	78°	63°
Inclinaison radiale	12°	16°
Inclinaison cubitale	46°	41°

Au niveau du poignet et de la main D ainsi que des doigts, il n'y a pas de rougeur, pas de tuméfaction et pas de différence de chaleur.

### Distance pulpe-paume

Au niveau de D2 à G 2 cm et de D3 et D5 0 cm, même s'il y a une diminution de l'enroulement des doigts avec un défaut d'extension en D4 au niveau de l'IPP de 15° et d'environ 10° sur le 2<sup>ème</sup> doigt.

### Mobilité active des doigts :

	<b>D2</b>	<b>D3</b>	<b>D4</b>	<b>D5</b>
<b>IPP</b>	75-10-0°	80-0-0°	85-15-0°	86-0-0°
<b>IPD</b>	45-12-0°	40-0-0°	40-0-0°	55-0-0°

### Examen dynamométrique

	<u>Droite</u>	<u>Gauche</u>
Jamar™	32/28/26 kg	19/18/19 kg
3 mesures en force et rapides	30 kg	24 kg"

De l'avis de la Dre J. \_\_\_\_\_, la situation était stabilisée. Les limitations fonctionnelles retenues en lien avec les atteintes objectivables de l'épaule gauche étaient : « pas de mouvements répétés et prolongés

du membre supérieur G au-dessus du plan des épaules, pas de port de charges au-dessus du plan des épaules ». Pour la main gauche, les restrictions retenues étaient : « pas de port de charges répété supérieures à 15 kg avec le membre supérieur G, pas d'activité nécessitant de la force ou des mouvements répétés du membre supérieur G, pas de mouvements nécessitant de la force de préhension de la main G ou nécessitant une dextérité fine de la main gauche. La capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée aux limitations décrites était entière, sans diminution de rendement. La profession de ferblantier, même en atelier, n'était plus une activité exigible. En outre, l'assuré ne présentait aucune séquelle susceptible de justifier l'octroi d'une atteinte à l'intégrité selon l'assurance-accidents.

A teneur d'un rapport du 10 mars 2020 adressé à l'OAI, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant, a posé les diagnostics, ayant une répercussion sur la capacité de travail, de traumatisme de l'épaule gauche avec lésion du sus-épineux et contusions osseuses, ainsi que de luxation IPP (interphalangiennes proximales) doigt 2 et IPD (interphalangienne distale) doigt 3 depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2018. Indiquant qu'en raison des limitations fonctionnelles, l'assuré n'était plus en mesure de travailler avec force et en sécurité sur les chantiers (il ne pouvait plus monter sur une échelle par exemple), le médecin traitant a attesté d'une capacité de travail de l'assuré nulle dans son activité habituelle depuis l'accident, mais totale et immédiate dans une activité adaptée. Dans ce contexte, une réorientation professionnelle devait être évaluée.

Selon le dossier actualisé en mains de la CNA (pièce 47), l'assurance-accidents a mis fin au versement de ses prestations provisoires (indemnités journalières) en faveur de l'assuré avec effet au 30 avril 2020 en passant à l'examen du droit à une éventuelle rente d'invalidité de cette assurance sociale (décision du 14 avril 2020).

De son côté, l'OAI a pris en charge les frais d'une mesure d'instruction/observation (activités manuelles légères) de l'assuré auprès

du Centre de formation E.\_\_\_\_\_ d'[...], du 15 juin 2020 au 12 juillet 2020 (communication du 22 mai 2020).

Selon une communication interne à l'OAI du 30 juin 2020, le spécialiste en réadaptation professionnelle en charge du cas à l'OAI a fait part de la nécessité d'établir, à la réception du rapport du centre E.\_\_\_\_\_, un mandat SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) afin de revoir la situation médicale. Dans l'intervalle, le mandat de réadaptation professionnel a été clos jusqu'à la clarification de la capacité de travail de l'assuré, respectivement de l'examen par le SMR.

Selon une note d'un entretien téléphonique du 1<sup>er</sup> juillet 2020 entre le spécialiste en réadaptation professionnelle à l'OAI et l'assuré, ce dernier a indiqué qu'il n'était pas suivi par un psychiatre et qu'il n'envisageait pas de faire cette démarche. Il n'était pas en mesure de poursuivre des mesures d'ordre professionnel et l'OAI demeurait dans l'attente du rapport de l'E.\_\_\_\_\_. Un mandat SMR était par ailleurs nécessaire pour revoir l'instruction médicale du cas.

Le rapport d'intégration socioprofessionnelle établi le 11 juillet 2020 par l'E.\_\_\_\_\_ à l'échéance de la mesure en cours au 10 juillet 2020 a permis de confirmer qu'une mesure d'orientation professionnelle pouvait permettre à l'assuré, dont l'état avait bien évolué et qui avait pu effectuer des travaux légers, d'approfondir ses aptitudes ainsi que lui apporter plus d'assurance dans ses capacités.

Invité par l'OAI à prendre position sur le cas, le SMR a estimé outre le fait que l'assuré pourrait bénéficier d'un accompagnement thérapeutique afin de l'aider à faire le deuil de son ancienne activité, que les éléments médicaux au dossier étaient clairs et concordants, les conclusions du médecin d'arrondissement de la CNA pouvaient être suivies, et le début de l'aptitude à la réadaptation se situait au plus tard en janvier 2020 (avis médical du 19 mai 2021 du Dr D.\_\_\_\_\_).

A teneur d'une note d'un entretien téléphonique du 22 juin 2021 entre l'assuré et le spécialiste en réadaptation professionnelle à

l'OAI, le premier a informé être dans l'attente d'une convocation par la CNA ou l'OAI pour une expertise médicale, qu'il n'était pas en état de travailler en raison de douleurs au bras droit et surtout gauche ; à ses dires, il ne pouvait pas plier des T-shirts ni poser des autocollants, encore moins dessiner (sa main enflait), et il n'était plus suivi par un médecin. Compte tenu de ses plaintes, l'intéressé a été encouragé à se faire suivre au niveau médical pour vérifier une éventuelle aggravation. Dans ces conditions, il s'est vu communiquer l'impossibilité d'envisager un reclassement professionnel ainsi que la fermeture du mandat de réadaptation professionnelle.

Par préavis du 23 juin 2021, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière limitée dans le temps du 1<sup>er</sup> septembre 2019 au 30 avril 2020 au motif qu'après un examen complet de son dossier, celui-ci présentait, à l'échéance du délai de carence d'une année ayant débuté le 2 septembre 2018, une incapacité de travail totale dans toute activité, puis qu'à partir de janvier 2020 une pleine capacité de travail pouvait raisonnablement être exigée de sa part dans une activité adaptée comprenant les limitations fonctionnelles suivantes : « pas de mouvements répétés et prolongés du membre supérieur gauche au-dessus du plan des épaules, pas de port de charges au-dessus du plan des épaules, pas de port de charges répété supérieures à 15 kg avec le membre supérieur gauche, pas d'activité nécessitant de la force ou des mouvements répétés du membre supérieur gauche, pas de mouvements nécessitant de la force de préhension de la main gauche ou nécessitant une dextérité fine de la main gauche ». En comparant un revenu sans invalidité de 70'224 fr. avec un revenu d'invalidé de 61'273 fr. 54, intégrant un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles et de l'âge, le degré d'invalidité était de 12,75 %, entraînant la suppression de la rente entière au 1<sup>er</sup> mai 2020, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain. L'OAI a également refusé l'octroi de mesures professionnelles.

Selon le dossier actualisé de la CNA communiqué le 15 octobre 2021 à l'OAI, l'assurance-accidents a, par décision du même jour, refusé

l'octroi d'une rente d'invalidité ainsi que d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité en faveur de l'assuré.

Par décision du 19 janvier 2022, l'OAI a intégralement confirmé la teneur de son préavis d'octroi de rente entière limitée dans le temps.

**B.** Par acte du 24 février 2022, Q. \_\_\_\_\_ a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à son annulation et à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, en particulier à une rente respectivement des mesures d'ordre professionnel. Le recourant a reproché à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur les plans médical et économique. Ce faisant, il a notamment critiqué la capacité de travail entière retenue dans des activités adaptées, aux motifs que le stage à l'E. \_\_\_\_\_ avait montré une limitation de 50 %, qu'il présentait plusieurs problèmes de santé, en particulier à son membre supérieur gauche ainsi qu'à sa main droite qui n'étaient plus utilisables comme auparavant en raison des douleurs. Concernant sa main droite, le recourant indiquait que les médecins soupçonnaient une maladie de Südeck aggravant son cas. Il observait que l'OAI s'était fondé sur l'évaluation de la CNA qui concernait uniquement son membre supérieur gauche, qualifiant l'instruction d'insuffisante. Il estimait par ailleurs avoir droit à des mesures professionnelles en raison d'une perte de gain d'au moins 20 %. S'agissant du calcul du degré d'invalidité effectué par l'OAI, il contestait le revenu sans invalidité pris en compte et l'abattement de 10 % retenu. Annonçant la production de pièces médicales, le recourant a joint en annexe à son acte, un rapport du 27 octobre 2021 du Dr E. \_\_\_\_\_ adressé à la CNA dans le cadre de l'opposition contre la décision de refus de prestations du 15 octobre 2021. Il ressort de ce rapport médical que l'assuré présentait une incapacité de travail totale en raison de l'impossibilité d'utiliser son membre supérieur gauche. Le médecin traitant rappelait que le stage à l'E. \_\_\_\_\_ en juillet 2020 avait mis en évidence une capacité de travail de 50 % au maximum. Actuellement, son patient se plaignait de douleurs à l'épaule gauche avec un bilan, voire une infiltration ou une consultation spécialisée, qui allait

être demandé, ainsi que de la main droite examinée par un neurologue qui suspectait une maladie de Südeck et préconisait une infiltration du tunnel carpien ; l'assuré allait être adressé à un spécialiste de la main.

Le 5 mars 2022, à la demande de la juge instructrice, le recourant a produit les pièces suivantes :

- un rapport du 28 septembre 2021 adressé au Dr E. \_\_\_\_\_ par le Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, relatif à une ENMG (électroneuromyographie) de la main gauche de l'assuré du même jour. Cet examen était proche de la normale, retrouvant simplement une neuropathie tronculaire débutante du nerf médian gauche au tunnel carpien. Cette atteinte était minime, uniquement myélinique et sensitive, et n'imposait pas d'option chirurgicale. De l'avis du Dr O. \_\_\_\_\_, la neuropathie du tunnel carpien n'expliquait pas l'ensemble des symptômes présentés au niveau de la main gauche ; il s'interrogeait sur un éventuel syndrome douloureux régional complexe (Südeck) au décours. Pour seule proposition thérapeutique, ce médecin spécialiste mentionnait une infiltration locale de cortisone au tunnel carpien ;

- un rapport du 29 octobre 2021 des radiologues du HRC d'une échographie de l'épaule gauche et infiltration sous échographie de la bourse sous-acromiale du même jour, dont on extrait ce qui suit :

"Description :

Epaule gauche :

- *Tendon du biceps* : bonne échogénicité sans lésion des fibres. Épanchement modéré autour du tendon avec épaissement de la synoviale.

- *Tendon du sus-épineux* : calcifications jusqu'à 5 mm, au sein de l'enthèse du sus-épineux associée à une irrégularité et hétérogénéité des fibres en amont. Pas de rétraction significative du tendon. Il s'y associe une lame d'épanchement autour du tendon prédominant en regard de l'enthèse.

- *Tendon du sous-épineux* : bonne échogénicité sans lésion notable des fibres. Lame d'épanchement autour du tendon.

- *Articulation acromio-claviculaire* : remaniement arthrosique sans épanchement articulaire.

- *Bonne trophicité musculaire générale sauf le muscle supra-épineux modérément atrophique.*

- *Bourse sous-acromio-deltoïdienne* : épaissement de sa paroi avec lame d'épanchement dedans.

[...]

Conclusion :

- Pas de changement significatif de la déchirure des fibres profondes et partielles du tendon supra-épineux. Enthésopathie calcifiante du tendon supra-épineux.
- Infiltrations par corticoïdes de la bursite sous-acromiale, sans complication.
- Epanchement articulaire modéré avec signe de synovite.” ;

- un rapport du 15 décembre 2021 adressé au Dr E. \_\_\_\_\_ par la Dre W. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, chirurgie de la main. Lors de sa consultation du jour précédent, cette médecin spécialiste a posé les diagnostics de luxations articulation interphalangienne proximale (IPP) index et annulaire gauches, articulation interphalangienne distale (IPD) majeur gauche 09.2018, de CRPS (*Complex Regional Pain Syndrome*) et de syndrome de compression au canal carpien gauche (ENMG 2021). Dans son appréciation du cas, la Dre W. \_\_\_\_\_ a indiqué avoir procédé à une infiltration de cortisone au canal carpien gauche et qu'elle devait revoir l'assuré à la mi-janvier 2022 pour juger du résultat. De l'avis de cette chirurgienne, les troubles dystrophiques semblaient évoquer une complication de type CRPS sous la précision qu'il lui semblait indispensable de pouvoir écarter toute participation d'une neuropathie canalaire périphérique aux douleurs ;

- un rapport du 1<sup>er</sup> mars 2022 consécutif à des consultations de l'assuré les 18 janvier et 18 février 2022 adressé au médecin traitant par la Dre W. \_\_\_\_\_ qui indique que l'infiltration de cortisone n'a eu aucun effet, avec des plaintes inchangées, possiblement partiellement neuropathiques mais de manière incertaine. Lors de la première consultation, il a été constaté lors de l'examen clinique une main épargnée dystrophique, une raideur digitale, une percussion à la recherche d'un Tinel sensible sur tout le membre supérieur gauche, un Phalen négatif (test de compression du nerf ulnaire coude douteux, nerf relativement mobile dans sa gouttière des deux côtés) et un Scratch collapse test négatif partout. Ce rapport se termine comme suit :

“Examen complémentaire :

US (ultrason) coude gauche 28.01.2022 : Présence de signe de souffrance du nerf ulnaire avec un nerf arrondi et hypoéchogène mais sans épaissement significatif et sans néovascularisation intra-neurale. Présence d'un muscle anconé accessoire en superficie de la gouttière épitrochléo-oléocrânienne. Tendinopathie proximale fissuraire importante du tendon commun des extenseurs mais sans néovascularisation intra-tendineuse. Probable déchirure au moins partielle du ligament collatéral latéral du coude gauche.

Appréciation du cas :

Il est possible qu'une partie du syndrome douloureux diffus au membre supérieur gauche et des dysesthésies soit en lien avec une neuropathie compressive du nerf médian au canal carpien gauche et du nerf ulnaire au coude gauche, qui justifierait une décompression du nerf médian au canal carpien gauche et une neurolyse du nerf ulnaire au coude gauche avec transposition antérieure. Le résultat est évidemment non garanti, et la raideur digitale ne va évidemment pas s'en trouver directement améliorée. Je n'ai par contre pas d'argument pour intervenir sur l'épicondylose objectivée à l'ultrason. Après quelques hésitations de part et d'autre, nous avons convenu d'agender l'intervention chirurgicale proposée le 21 mars 2022, réalisée sous anesthésie loco-régionale."

Dans sa réponse du 28 mars 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse. Renvoyant à l'avis SMR du 19 mai 2021 au dossier, il a relevé le caractère probant du rapport d'examen final du 8 janvier 2020 du médecin d'arrondissement de la CNA, sans que le rapport d'intégration socioprofessionnelle du 11 juillet 2020 de l'E. \_\_\_\_\_ ne permette de s'en écarter ni de retenir ou laisser suspecter une aggravation de l'atteinte et/ou une nouvelle atteinte à la santé depuis l'évaluation de l'assurance-accidents. Selon l'intimé, l'instruction de la cause était complète sans autre spécialité médicale à explorer de sorte que les critiques du recourant n'étaient pas de nature à modifier sa position.

Le 25 avril 2022, en réplique, maintenant implicitement ses précédentes conclusions, le recourant a exposé que lors du deuxième jour de son stage à l'E. \_\_\_\_\_ il avait effectué un travail de maçonnerie qui avait aggravé sa blessure au bras ce qui avait justifié un arrêt de la mesure durant deux jours. Par la suite, il s'était entretenu par téléphone avec son correspondant à l'OAI qui lui avait demandé de terminer son stage en douceur, et qu'il le recontacterait en lien avec une consultation médicale. Au cours de la seconde semaine de stage, en effectuant du dessin technique, le recourant alléguait avoir subi une déformation

complète des doigts qui aurait nécessité un contrôle médical urgent. Après ces deux événements, selon ses dires, il n'avait plus été en mesure d'effectuer, même des travaux légers, durant deux jours consécutifs. Il disait avoir fini son stage, avec motivation, mais avec un seul bras. En outre, il précisait avoir rédigé l'acte de réplique sous le coup d'une double opération des nerfs. Enfin, il faisait part de son incompréhension au sujet de la décision attaquée en indiquant que le responsable du dossier à l'OAI dont il avait suivi les instructions était au courant de la situation.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit à une rente, respectivement des mesures d'ordre professionnel.

**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)** La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité (principe d'uniformité de la notion d'invalidité ; cf. MARGIT MOSER-SZELESS *in* DUPONT/MOSER-SZELESS [éd.], Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n<sup>os</sup> 6 et 8 *ad* art. 8 LPGA). Des divergences ne sont toutefois pas à exclure d'emblée. S'ils ne peuvent pas ignorer purement et simplement l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé un autre assureur social dans une décision entrée en force, ils doivent s'en écarter s'ils ont des motifs pertinents de le faire. Cela ne sera en principe qu'exceptionnellement le cas. L'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.2.1 ; 126 V 288 consid. 2a et 2d). Il faut en outre tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4 ; 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2).

**c)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au

moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé 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 (art. 16 LPGGA).

**4. a)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706).

**b)** L'art. 28a al. 1 LAI, qui impose l'application de l'art. 16 LPGGA à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative et délègue au Conseil fédéral la compétence de fixer le revenu déterminant pour l'évaluation de l'invalidité, a été complété par une nouvelle délégation de compétence au Conseil fédéral pour fixer les facteurs de correction applicables, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Par ailleurs, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, l'art 28 al. 2 LAI dispose qu'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. Il a été abrogé avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022, date de l'entrée en vigueur de l'art. 28b LAI selon lequel, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2). Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Enfin, pour un taux d'invalidité inférieur à 50 %, la quotité de la rente est échelonnée de 25% à 47,5% en fonction du degré unitaire du taux d'invalidité (al. 4).

**c)** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, 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 alors que dans sa version en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100 % (let. b). 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]). A l'inverse, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie (art. 88a al. 2 RAI). 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).

**d)** En l'espèce, le droit à la rente était ouvert au plus tôt le 1<sup>er</sup> juillet 2019 et a pris naissance le 1<sup>er</sup> septembre 2019 pour être supprimé au 30 avril 2020. La décision administrative litigieuse a été rendue le 19 janvier 2022.

Selon les principes généraux en matière de droit transitoire, on applique, en cas de changement de règles de droit et sauf réglementation transitoire contraire, les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement et qui a des conséquences juridiques (ATF 138 V 176 consid. 7.1).

Selon le texte de la let. b al. 1 des dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020, intitulée « Adaptation des rentes en cours pour les bénéficiaires âgés de moins de 55 ans », pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17, al. 1, LPGA.

Cette disposition transitoire ne paraît pas pouvoir régler la situation litigieuse, en présence d'un droit à la rente né avant la modification législative, d'un recourant qui n'avait pas encore atteint 55 ans à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2022, mais qui perçoit une rente limitée dans le temps, entraînant pour corollaire qu'il n'est plus bénéficiaire d'une rente à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2022, la décision du 19 janvier 2022 octroyant puis supprimant la rente n'étant cependant pas exécutoire.

En l'état, la question de savoir si l'ancien droit demeure applicable, compte tenu de la date de la naissance du droit à la rente, peut rester ouverte dans la mesure où la décision litigieuse doit être annulée (cf consid. 7d ci-dessous)

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

Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris

en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C\_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1).

**6. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**7. a)** En l'espèce, l'autorité intimée a alloué une rente entière d'invalidité limitée dans le temps pour la période courant du 1<sup>er</sup> septembre 2019 au 30 avril 2020 et a refusé de mettre en œuvre des mesures professionnelles, au motif qu'à partir de janvier 2020, le recourant dispose d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de ses épaule et main gauches. Après comparaison des revenus, le degré d'invalidité de 12,75 %, supprime le droit à la rente entière avec effet au 1<sup>er</sup> mai 2020, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain (cf. art. 88a al. 1 RAI). Dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière sont à la portée de l'assuré, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste, le droit à des mesures d'ordre professionnel n'est pas ouvert. Cette décision se base en particulier sur les constatations et conclusions du rapport d'examen final du 8 janvier 2020 de la Dre J.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, confirmées selon l'OAI par les éléments figurant à son dossier (cf. avis médical du 19 mai 2021 du Dr D.\_\_\_\_\_).

De son côté, le recourant conteste disposer d'une capacité de travail résiduelle telle que prise en compte par l'intimé dans sa décision. Dans un premier moyen, il plaide que son état de santé physique s'est péjoré depuis l'examen clinique du 8 janvier 2020. Ce faisant, il oppose les rapports de ses médecins traitants à celui antérieur du médecin d'arrondissement de la CNA.

**b)** En l'occurrence, l'OAI octroie une rente entière limitée dans le temps, en se fondant sur l'appréciation de la Dre J.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA qui retient une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, capacité de travail résiduelle qu'a confirmée le médecin traitant (rapport du 10 mars 2020 du Dr E.\_\_\_\_\_).

Dans le cadre de son instruction du cas, la CNA a soumis l'assuré à un examen final effectué en date du 8 janvier 2020 par son médecin d'arrondissement. Sur la base de ses propres constatations cliniques et la lecture du dossier à sa disposition, la Dre J.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de douleurs et raideurs des doigts de la main gauche dans les suites d'une luxation des IPP (interphalangiennes) de D2 et D4, et de l'IPD (interphalangienne distale) de D3 survenue à la suite d'un traumatisme de la main gauche le 1<sup>er</sup> septembre 2018, de douleurs de l'épaule gauche (avec légère diminution de la mobilité dans toutes les directions dans les suites d'un traumatisme de l'épaule gauche ayant entraîné une lésion antérieure du supra-épineux, un œdème du trochiter compatible avec une contusion osseuse, une bursite acromio-deltoïdienne et une décompensation arthrosique de l'articulation acromio-claviculaire visible à l'arthro-IRM du 28 novembre 2018), de réduction des luxations des doigts le 2 septembre 2018, et d'infiltration acromio-claviculaire et sous-acromiale de l'épaule gauche le 21 décembre 2018.

**c) aa)** S'agissant de l'épaule gauche, il ne ressort pas du rapport du [...] du 29 octobre 2021 l'existence de diagnostics qui auraient été ignorés par la Dre J.\_\_\_\_\_. Ce rapport d'imagerie ne permet cependant pas à lui seul de considérer que les compétences de l'épaule gauche ne seraient pas identiques à celles décrites par la Dre J.\_\_\_\_\_, plus exactement que les limitations fonctionnelles seraient plus importantes, ni l'inverse, en l'absence d'examen clinique.

**bb)** Concernant la main, si l'électroneuromyographie du 28 septembre 2021 est proche de la normale, le Dr O.\_\_\_\_\_ mentionne cependant une neuropathie du tunnel carpien gauche, minime, mais

n'expliquant pas l'entier de la symptomatologie de la main gauche. Lors de la consultation subséquente (du 14 décembre 2021) auprès de la Dre W.\_\_\_\_\_, celle-ci soupçonne un CRPS (*Complex Regional pain syndrome* ou syndrome douloureux régional complexe) sur la base des signes dystrophiques, qui n'existaient pas le 8 janvier 2020, et procède à une infiltration locale de cortisone au canal carpien gauche, sans effet, au vu du rapport médical du 1<sup>er</sup> mars 2022, qui décrit toujours un aspect dystrophique de la main gauche lors de la consultation du 18 janvier 2022. L'examen clinique porte également sur le nerf ulnaire.

Le constat clinique du 18 janvier 2022, soit antérieur à la décision litigieuse, débouche sur un examen complémentaire (un ultrason du 28 janvier 2022) puis une opération (une décompression du nerf médian au canal carpien gauche et une neurolyse du nerf ulnaire au coude gauche avec transposition antérieure sans résultat garanti, ni amélioration directe de la raideur digitale) certes tous deux postérieurs à la décision litigieuse du 19 janvier 2022 mais relatifs à une atteinte évoquée par un examen clinique antérieur à cette décision, examen au demeurant requis bien avant par le médecin traitant. En de telles circonstances, étant rappelé la jurisprudence (cf. consid. 5 ci-dessus), il ne peut être soutenu qu'il s'agit-là d'une situation postérieure à la décision attaquée.

**d)** Au vu des pièces actuelles au dossier, étant rappelé qu'il n'appartient pas au juge de se livrer à des conjectures qui relèvent strictement de la science médicale (cf. TF 9C\_573/2009 du 16 décembre 2009 consid. 2.3), il n'incombe pas au juge de déterminer si cette neuropathie et le CRPS impactent le taux de capacité de travail résiduelle, cas échéant à partir de quand et pour quelle durée, ou modifient les limitations fonctionnelles, une telle appréciation relevant des compétences du corps médical. Sur ce point, l'avis SMR du 19 mai 2021 est inutile car antérieur aux consultations initiées à l'automne 2021, de telle sorte qu'il ne peut y être renvoyé pour justifier d'un rejet. A cela s'ajoute que la question de savoir si ces atteintes sont de même origine (art. 29bis RAI) que celles ayant fondé l'octroi de la rente entière ne peut être tranchée en l'absence d'informations médicales exhaustives. Il ne saurait dès lors être

prétendu que ces atteintes entraînent un nouveau délai d'attente dont l'échéance serait postérieure à la décision litigieuse, avec pour corollaire qu'elles excèderaient l'objet du litige. L'instruction s'avère lacunaire sur l'évaluation de l'état de santé de l'assuré, respectivement son évolution depuis le dernier trimestre 2021, mais encore les éléments recueillis sont insuffisants pour se prononcer, sans autre complément d'instruction, sur la capacité de travail de l'intéressé. Les faits pertinents n'ont ainsi pas été constatés de manière complète. Compte tenu de ces carences, il convient d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il appartiendra dès lors à l'intimé de compléter l'instruction médicale, dans un premier temps en requérant un rapport exhaustif auprès de la Dre W. \_\_\_\_\_, cas échéant en ordonnant d'autres preuves, avant de statuer le moment venu à nouveau sur le droit aux prestations.

**8. a)** En conséquence, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI afin qu'il en complète l'instruction dans le sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

Compte tenu de l'issue du litige, il n'est pas nécessaire de statuer en l'état sur les griefs du recourant en lien avec la détermination de son préjudice économique, respectivement sur le revenu avec invalidité et l'abattement de 10 % retenus par l'office intimé dans le calcul du degré d'invalidité.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, le recourant ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 19 janvier 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Q. \_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :