

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 mars 2023

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mmes Röthenbacher et Durussel, juges
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

H._____, à [...], recourant, représenté par Risques & Sinistres
Management Sàrl, à Poliez-le-Grand

et

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

Art. 8 et 16 LPGA ; art. 4, 28 et 59 al. 2bis LAI

E n f a i t :

A. H._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], originaire du [...], est au bénéfice d'un permis de séjour (« permis B ») depuis [...]. Sans formation professionnelle, il a principalement effectué des missions temporaires dans le domaine de la construction, dont la dernière pour le compte de la société de placement [...] SA, succursale de [...], entre les mois d'avril et d'octobre 2019.

Le 14 avril 2020, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurances-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), faisant état d'une incapacité de travail totale depuis le 10 octobre 2019 en raison d'accidents au pied droit et au poignet gauche, de diabète et d'insuffisance rénale chronique.

Par rapport médical du 27 avril 2020 à l'OAI, le Dr W._____, médecin praticien et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de lésion cubitale gauche avec parésie partielle de la main, d'arthralgie inflammatoire (surtout au pied droit), de diabète, d'hypertension artérielle et d'insuffisance rénale chronique. Il a en outre attesté une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle depuis le mois de septembre 2019, la capacité de travail dans une activité adaptée devant encore être évaluée selon l'évolution du cas. Il a enfin mis en évidence une marche avec boiterie et des limitations fonctionnelles en lien avec le port de charges à gauche (à cause des douleurs à la main) et la mobilisation de l'épaule droite.

Interpellé par l'OAI, le dernier employeur de l'assuré a indiqué, le 26 juin 2020, que le temps de travail hebdomadaire de son ancien employé était de 41 heures 25, pour un salaire horaire de 36.31 francs. Il ne s'est en revanche pas prononcé sur la liste des tâches et des exigences relevant de l'activité, renvoyant l'OAI à s'adresser à l'assuré afin d'obtenir des informations à ce sujet.

Invité par l'OAI à décrire ses atteintes à la santé qui ont été causées par des accidents, l'assuré a exposé, le 28 juillet 2020, avoir, d'une part, fait l'objet en 2010 d'une entorse de la cheville droite (une fracture ayant été révélée lors d'un examen en date du 24 septembre 2019) en descendant des escaliers et, d'autre part, s'être sectionné en 2016 le tendon au niveau de l'avant-bras gauche avec une scie circulaire, ce qui l'avait conduit à subir de multiples interventions chirurgicales. Il a par ailleurs précisé avoir à cette époque été assuré contre les risques d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Par rapport médical du 5 août 2020 à l'OAI, le Dr K._____, médecin praticien, a fait part du diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail de compression du nerf ulnaire au coude gauche légèrement symptomatique le 7 novembre 2019. Il a de surplus certifié que l'assuré était en mesure de travailler à un taux de 100 % dans une activité adaptée, n'exigeant pas de porter des charges de plus de 10 kg avec la main gauche ni d'effectuer des mouvements répétitifs de pince avec le pouce et l'index de plus de 5 kg à gauche.

Le 13 août 2020, la CNA a transmis à l'OAI son dossier relatif à l'événement d'août 2016, lors duquel l'assuré s'était accidentellement coupé l'avant-bras gauche (plus exactement au niveau de la face palmo-ulnaire du poignet gauche) au moyen d'une scie circulaire. Celui-là contenait notamment les pièces suivantes :

- plusieurs rapports de consultation élaborés entre 2016 et 2019 par différents médecins du [...] (ci-après : le [...]), dont le Dr K._____, indiquant notamment, que l'assuré souffrait, à titre d'antécédent médical-chirurgical, de diabète, qui était traité par insuline ;
- un protocole opératoire établi le 6 mars 2018 par la Dre S._____, spécialiste en chirurgie de la main, et le Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, diagnostiquant un « névrome branche dorsale du nerf ulnaire au poignet gauche » ;

- un rapport médical du 3 août 2018 de la Dre S._____, posant les diagnostics de probable ténosynovite sténosante de l'annulaire et de l'auriculaire gauche et les antécédents de diabète et d'hypercholestérolémie traitée ;
- un rapport médical du 28 juin 2019 de la Dre [...], spécialiste en neurologie, par laquelle cette dernière a confirmé, sur la base d'un électroneuromyogramme (ENMG), une neuropathie cubitale au coude gauche, qui était favorisée aussi bien par l'activité professionnelle de l'assuré que par son diabète, ainsi qu'une atteinte axonale de la partie sensitive du nerf aux 4^e et 5^e doigts et une atteinte myélinique de la branche cutanée dorsale. Elle a de surcroît précisé qu'un processus compressif au niveau du coude ne pouvait pas être exclu à l'aune de cet examen ;
- une appréciation médicale du 4 septembre 2019 du Dr F._____, spécialiste en médecine intensive et en médecine interne générale et médecin d'arrondissement de la CNA, concluant que les troubles de la sensibilité en aval de la cicatrice du poignet (à savoir l'atteinte axonale de la partie sensitive du nerf aux 4^e et 5^e doigts et l'atteinte myélinique de la branche cutanée dorsale) étaient en lien avec l'accident de 2016. Les troubles en amont de cette cicatrice concernaient en revanche l'atteinte du nerf cubital au coude gauche, qui, elle, ne se trouvait pas en relation de causalité probable avec cet événement ;
- un rapport médical du 18 décembre 2019 du Dr K._____, mettant en évidence, d'une part, les diagnostics de compression du nerf ulnaire au coude gauche légèrement symptomatique le 7 novembre 2019 (la masse névromateuse sur le trajet de la branche dorsale du nerf ulnaire au poignet gauche étant, elle, asymptomatique), de probable ténosynovite sténosante de l'annulaire et de l'auriculaire gauche et, d'autre part, les antécédents de diabète et d'hypercholestérolémie traitée et spécifiant au demeurant que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était pleine ;

- une appréciation médicale du 18 février 2020 du Dr F._____, qui, dans l'essentiel, a déclaré que la neuropathie cubitale au coude gauche était vraisemblablement d'origine malade.

Par rapport médical du 22 décembre 2020, la Dre C._____, médecin praticien, a relevé que l'assuré, lorsqu'il travaillait, présentait une douleur sur le versant ulnaire de son poignet gauche, qui était associée à un manque de force de la main et une fatigabilité l'empêchant de mener son activité de maçon. Il souffrait en outre de diabète. Du fait de cette fatigabilité, il rencontrait des difficultés à effectuer des mouvements répétitifs de la main. Il ne manifestait à l'inverse aucune autre déficience et était capable d'exercer à temps plein une activité adaptée ne demandant pas de fléchir le coude de manière prolongée et évitant les vibrations.

Par rapport médical du 4 septembre juin 2021 à l'OAI, le Dr W._____ a rappelé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de lésion cubitale gauche avec parésie partielle de la main, d'arthralgie inflammatoire (surtout au pied droit), de diabète, d'insuffisance rénale chronique et d'hypertension artérielle, déjà évoqués dans son rapport médical du 27 avril 2020. Il a par ailleurs attesté une capacité de travail pleine dans l'activité habituelle, indiquant toutefois que l'assuré devait parfois être mis en arrêt de travail selon les symptômes. Il ne s'est en revanche pas prononcé sur la capacité de travail dans une activité adaptée, faisant uniquement état de limitations fonctionnelles à l'utilisation de la main gauche.

Par avis médical du 16 septembre 2021, le Dr G._____, médecin praticien et médecin au Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), a conclu que l'assuré présentait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et entière depuis le mois d'août 2016 dans une activité adaptée, qui respectait les limitations fonctionnelles suivantes : l'absence de port de charges de plus de 10 kg avec la main gauche et de mouvements répétitifs de pince avec le pouce et l'index de plus 5 kg à gauche.

Par décision du 16 novembre 2021, confirmant un projet de décision du 7 octobre 2021, l'OAI a nié à l'assuré le droit au versement d'une rente d'invalidité et à la mise en œuvre de mesures professionnelles, au motif que sa capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles susmentionnées était pleine et que son degré d'invalidité était de seulement 10 %. Ce dernier a été calculé sur la base du salaire statistique que pouvait percevoir un homme dans des activités non qualifiées du domaine du bâtiment et de la construction en 2017, soit 67'010.61 fr., et sur lequel un abattement de 10 % a été réalisé, afin de tenir compte desdites limitations fonctionnelles.

Par rapport médical du 22 novembre 2021 à l'OAI, le Dr W. _____ a exposé que l'assuré présentait une capacité de travail à 100 % avec des limitations de prise de poids avec son bras gauche. Il souffrait toutefois d'une insuffisance rénale hypertensive et diabétique avec des décompensations fréquentes. Au vu de la recrudescence des symptômes, son taux de travail n'atteindrait jamais 100 % sur une période supérieure à trois semaines. Il a ainsi déconseillé l'exercice d'un travail à un pourcentage supérieur à 50 % et a mis en évidence des limitations quant à l'utilisation du membre supérieur gauche et à la marche prolongée.

B. Par acte du 15 décembre 2021, H. _____, représenté par la société Risques & Sinistres Management Sàrl, a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son rejet (rect. : sa réforme) et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Il a en substance fait valoir que l'intimé s'était uniquement fondé sur l'avis médical du 16 septembre 2021 du Dr G. _____. Or, ce dernier ne prenait en considération que la lésion à son poignet gauche, occultant de la sorte ses autres pathologies constatées par le Dr W. _____ dans son rapport médical du 22 novembre 2021, à savoir une insuffisance rénale hypertensive et diabétique avec des décompensations fréquentes. Au regard de son âge avancé, desdites pathologies, du marché du travail lié à une capacité de travail résiduelle,

son manque de formation et ses difficultés sur le plan linguistique, une invalidité de 100 % devait lui être reconnue. En tout état de cause, un abattement de 25 % sur le salaire statistique se justifiait pour ces mêmes raisons. A l'appui de son argumentation, le recourant a produit l'avis et le rapport médical susmentionnés.

Par réponse du 27 janvier 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours, estimant dans l'essentiel qu'au travers de son parcours professionnel d'intérimaire, le recourant démontrait, malgré son âge, une grande habitude et des capacités certaines à s'adapter à un nouvel environnement professionnel. De surcroît, le Dr W. _____ n'avait pas fait mention d'une recrudescence des symptômes dans son précédent rapport médical du 4 septembre 2021. L'aggravation de l'état de santé du recourant, dans l'hypothèse où elle se confirmait et se prolongeait, ne pouvait dès lors avoir un effet sur le droit éventuel à une rente qu'après la date à laquelle la décision litigieuse avait été rendue.

Par réplique du 4 février 2022, le recourant a réitéré les conclusions prises dans son recours.

Par courrier du 14 octobre 2022 à la Cour de céans, le recourant a produit un rapport médical rédigé par le Dr W. _____ le 29 septembre 2022, expliquant qu'il n'était plus capable d'exercer une activité professionnelle, dans la mesure où ses problèmes de santé s'étaient aggravés depuis les derniers mois et qu'il souffrait d'une insuffisance rénale chronique terminale traitée par dialyse. Il a également joint un courrier daté du même jour adressé à l'intimé, par lequel il demandait à cette dernière de réviser sa décision du 16 novembre 2021 au vu des conclusions dudit rapport médical.

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. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [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). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 16 novembre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3. a) aa) 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.

bb) 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 (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).

cc) Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe 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).

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). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de la personne assurée et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b).

La référence à un marché du travail équilibré ne permet pas de prendre en considération une capacité de gain lorsque les activités envisagées ne peuvent être exercées que sous une forme tellement restreinte qu'en dehors de toute considération d'ordre conjoncturelle, elles n'existent pratiquement pas sur le marché général du travail ou que leur exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu pour la personne concernée de trouver un emploi correspondant (TF 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 ; TF 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2 ; TF 9C_941/2012 du 20 mars 2013 consid. 4.1.2 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 24 ad art. 7).

c) Selon la jurisprudence, l'âge de la personne assurée constitue de manière générale un facteur étranger à l'invalidité qui n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations. S'il est vrai que ce facteur - comme celui du manque de formation ou les difficultés linguistiques - joue un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, il ne constitue pas, en règle générale, une circonstance supplémentaire qui, mis à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, est susceptible d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'il rend parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle. La jurisprudence a toutefois reconnu que lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui

se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail. Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (TF 9C_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7.2).

d) 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).

e) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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).

Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

f) 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).

4. a) En l'espèce, le recourant remet dans un premier temps en cause la valeur probante de l'avis médical du 16 septembre 2021 du Dr G._____, par lequel ce dernier a conclu à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée tenant compte des limitations à l'utilisation de la main gauche. Or, cet avis du SMR se fonde sur les principaux rapports médicaux établis par les médecins traitants de l'intéressé, dont ceux des Drs K._____, et W._____ des 5 août 2020, respectivement 4 septembre 2021, qui attestent d'une pleine aptitude au travail dans une activité adaptée pour le premier et dans l'activité habituelle, avec des périodes intermittentes de mise en arrêt selon les symptômes, pour le second. Contrairement à l'opinion du recourant, le Dr G._____ ne se rapporte pas uniquement à la lésion au poignet gauche pour poser ses conclusions sur la capacité de travail, mais se réfère également au rapport médical du 27 avril 2020 du Dr W._____, qui mentionne expressément les autres pathologies dont se plaint le recourant, y compris l'insuffisance rénale chronique, l'hypertension artérielle et le diabète. S'agissant d'ailleurs de ce dernier diagnostic, les nombreux rapports de consultations établis entre 2016 et 2019 par des médecins du [...], dont le Dr K._____, certifient que les problèmes de diabète étaient déjà connus avant l'accident d'août 2016 et faisaient l'objet d'un traitement d'insuline. Ainsi, il apparaît que le recourant, malgré son diabète, était à cette époque apte à travailler à taux plein dans son activité habituelle, si bien que, sous réserve d'une aggravation de son état de santé qui serait intervenue entre temps - qui n'est cependant pas rendue vraisemblable -, les effets de cette pathologie sur sa capacité de travail sont très restreints, voire nuls. Le rapport du 22 novembre 2021 du Dr W._____, joint au recours, ne fait de surcroît que confirmer que la capacité de travail de l'assuré est entière, moyennant les limitations fonctionnelles à la main gauche admises par les autres médecins. Il indique certes des arrêts de travail intermittents selon les symptômes. Ces interruptions ne semblent toutefois pas susceptibles de provoquer une incapacité de gain permanente ou de longue durée et, partant, une invalidité (cf. *supra* consid. 3a/aa). Le médecin traitant du recourant ne fournit au surplus aucune information quant à la nature de ces symptômes ni ne décrit la manière dont ils entraveraient la capacité de travail. Il

n'explique pas non plus pourquoi il déconseille un travail à un pourcentage supérieur à 50 %. En conséquence, il apparaît qu'aucun élément au dossier n'est à même de contredire l'avis médical du 16 septembre 2021 du Dr G._____, de sorte qu'il convient d'accorder une pleine valeur probante à celui-ci et de reconnaître au recourant une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant les limitations en lien avec sa main gauche.

Au demeurant, le rapport médical du 29 septembre 2022 du Dr W._____, produit par le recourant après sa réplique et faisant état d'une aggravation de ses problèmes de santé depuis les derniers mois, ce surtout sur le plan rénal, ne peut pas être pris en compte à ce stade de la procédure, dans la mesure où celle-ci serait survenue postérieurement au rendu de la décision litigieuse du 16 novembre 2021. Ce rapport mentionne en effet notamment que la défaillance rénale date d'août 2022 et que le traitement par dialyse a débuté à cette même période. Il appartiendra néanmoins à l'intimé d'investiguer la dégradation de l'état de santé alléguée par le recourant dans le cadre d'une nouvelle procédure (cf. *supra* consid. 3f).

b) Le recourant soutient en outre que son âge, le marché du travail lié à une capacité de travail résiduelle, son manque de formation et ses difficultés sur le plan linguistique l'empêcheraient d'exploiter pleinement sa capacité de gain. Cependant, ainsi qu'expliqué plus haut (cf. *supra* consid. 3c), ces éléments constituent des facteurs étrangers à l'invalidité, qui n'entrent en principe pas en considération pour l'octroi de prestations. Concernant l'âge du recourant, qui est proche de la retraite, il ressort du dossier, spécialement de l'extrait du compte individuel, que celui-là a principalement effectué, ces dernières années, des missions temporaires pour le compte d'entreprises de placement, démontrant de la sorte son fort potentiel d'adaptation. Le marché du travail offre de surcroît un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées dans le cas présent aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière.

c) Le recourant se plaint enfin du taux d'abattement de 10 % arrêté par l'intimé lors de l'évaluation de son degré d'invalidité, arguant que son âge doit également être pris en compte - au côté de ses limitations fonctionnelles - dans le cadre de ce calcul. Selon lui, un abattement de 25 % se justifierait. Or, s'il est vrai que la composante de l'âge aurait pu être intégrée à cette évaluation pour un assuré né en [...], même en retenant le taux de déduction maximale de 25 % admis par la jurisprudence (cf. *supra* consid. 3a/cc) et demandé par le recourant, le degré d'invalidité atteindrait seulement 25 %. Ce dernier est de la sorte insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

d) Dès lors, au regard des précédentes considérations, c'est de bon droit que l'intimé a nié au recourant le droit à une telle rente d'invalidité.

5. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 16 novembre 2021 par l'intimé confirmée.

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 la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 16 novembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- 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 :

- Risques & Sinistres Management Sàrl (pour H. _____),
- 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 :