

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 mars 2026

Composition : M. TINGUELY, président  
Mme Di Ferro Demierre et M. Wiedler, juges  
Greffière : Mme Vulliamy

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à Q\*\*\*, recourant, représenté par Me Andres Perez, avocat à Carouge,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 LPGA ; 4 al. 1, 6 al. 1, 28, 36 al. 1 LAI**

**En fait :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en \*\*\*, ressortissant portugais arrivé en Suisse en janvier 2018, au bénéfice d'un permis B, cuisinier de formation, droitier, a été engagé depuis le 25 mai 2020 comme aide-jardinier auprès de l'entreprise C.\_\_\_\_\_, à Q\*\*\*, à 100 %, pour un salaire de 25 fr. de l'heure. En parallèle, il travaillait également, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, en tant que nettoyeur d'entretien sans diplôme (catégorie E3, selon la Convention collective de travail pour le secteur du nettoyage en bâtiment pour la Suisse romande) pour la société E.\_\_\_\_\_ SA à raison de 12.50 heures par semaine pour un salaire horaire de 19 fr. 25.

Le 19 juin 2020, l'assuré a subi un accident de travail lorsque, en aidant à remonter une tondeuse à gazon sur un talus, il a mis la main sur les couteaux de la tondeuse et s'est coupé deux doigts de la main droite (cf. déclaration d'accident du 22 juin 2020). Il a subi une amputation des doigts D3 et D4 le même jour (cf. rapports des 20 et 25 juin 2020 du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur des Hôpitaux universitaires de Genève [ci-après : HUG]).

Le cas a été annoncé à Generali Assurance SA (ci-après : Generali), qui a pris en charge les prestations dues en sa qualité d'assureur-accidents.

**B.** Le 3 juillet 2020, Generali a adressé une communication de détection précoce à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) concernant l'assuré, évoquant une incapacité de travail à 100 %, dès le 19 juin 2020, à la suite d'une amputation des 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> doigts de la main droite dominante. A cette communication étaient notamment joints les fiches de salaire de mars à avril 2020 de l'assuré pour le travail réalisé auprès d'E.\_\_\_\_\_ SA, les fiches de salaire de mai et juin 2020 de C.\_\_\_\_\_, un courriel du 30 juin 2020 de la fiduciaire de C.\_\_\_\_\_, ainsi qu'un rapport de visite du 1<sup>er</sup> juillet 2020 faisant suite à un entretien entre Generali et l'assuré.

L'assuré a été invité à déposer une demande de prestations de l'assurance-invalidité (cf. rapport initial du 29 juillet 2020 d'un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI), ce qu'il a fait le 7 août 2020. Il a indiqué être en incapacité de travail totale depuis le 19 juin 2020 en raison d'une amputation D3 et D4 de la main droite.

Instruisant cette demande, l'OAI s'est fait remettre une copie du dossier de Generali le 9 septembre 2020, lequel contenait en particulier les pièces suivantes :

- une note interne de Generali relative à un entretien avec l'assuré du 26 juin 2020 ;

- un courriel du 6 juillet 2020 de Generali adressé à l'assuré, selon lequel le gain assuré avait été calculé de la manière suivante pour son activité d'aide-jardinier : « Salaire horaire 25.- \* 42.31 heures par semaine selon CCT \* 52 semaines + 8.33% (13<sup>ème</sup> salaire) = CHF 55'003.- + 8.33% = CHF 59'584.75. », ainsi que pour son activité chez E. \_\_\_\_\_ SA : « Salaire horaire 19.25.- \* 12.5 heures par semaine selon contrat de travail \* 52 semaines + 8.33% (13<sup>ème</sup> salaire) = CHF 12'512.50 + 8.33% = CHF 13'554.80 (déduction impôt à la source de 10%) » ;

- un compte-rendu opératoire du 9 juillet 2020 du Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi qu'en chirurgie de la main et chef de clinique aux HUG, posant le diagnostic d'amputation traumatique oblique de D3 en regard de la phalange distale et de D4 au niveau de l'interphalangienne distale de la main droite le 19 juin 2020.

Par courrier du 24 septembre 2020, l'OAI a, à nouveau, proposé à l'assuré la mise en place d'une mesure d'intervention précoce, comprenant un entretien préalable, un bilan d'orientation et un stage pratique, que l'assuré a acceptée le 29 septembre 2020.

Par communication du 6 octobre 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge une mesure d'intervention précoce sous forme de modules externalisés, auprès de D.\_\_\_\_\_, à Q\*\*\*, du 19 octobre 2020 au 9 avril 2021.

Par attestation du 21 octobre 2020, l'ergothérapeute de l'assuré a mentionné une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle, sans se prononcer sur la capacité de travail dans une activité habituelle. Comme limitations fonctionnelles, elle a indiqué « flessum IPP [recte : IPD : interphalangienne distale] D3 D4 D, difficulté d'utilisation de la main, allodynie D3 D4, douleurs à la mobilisation », tout en précisant que l'évolution dépendrait de l'allodynie.

Il ressort d'un rapport de D.\_\_\_\_\_ du 26 octobre 2020 que l'assuré s'interrogeait sur les possibilités de métiers qu'il pourrait pratiquer sans sa main droite, décrivant ne pas pouvoir prendre des objets et avoir des difficultés dans les gestes de la vie quotidienne (accrocher des boutons de chemise, se raser, nettoyer), qu'il apprenait petit à petit à exécuter avec la main gauche avec les difficultés que cela comportait. L'assuré était également préoccupé par son niveau de français, le rapport indiquant à cet égard que l'assuré disposait de connaissances de base en français et qu'il avait été bien compris.

Selon un rapport du 26 octobre 2020, le Dr J.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'amputation des doigts D3 et D4 et attesté une incapacité de travail totale depuis le 19 juin 2020 dans toute activité utilisant la main droite. Il a mentionné d'importantes douleurs de type neurogène et une raideur des doigts malgré la thérapie.

Il ressort d'une attestation du 20 novembre 2020 de la Dre K.\_\_\_\_\_, médecin et cheffe de clinique de l'Unité de chirurgie de la main et des nerfs périphériques des HUG, adressée à D.\_\_\_\_\_, que la capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle était nulle et de 100 % dans une activité adaptée, avec, comme limitation fonctionnelle, la perte fonctionnelle de la main droite, avec hypersensibilité et enraidissement très

important des doigts. L'évolution était difficile à évaluer en raison de l'algoneurodystrophie et du fait que l'assuré était toujours en phase semi-aiguë.

Par rapport du 14 décembre 2020 adressé à l'OAI, la Dre N.\_\_\_\_\_, médecin praticienne et médecin traitante, a posé les diagnostics de status post amputation traumatique D3-D4, d'algoneurodystrophie depuis juillet 2020 et de dépression réactionnelle depuis le 21 août 2020. Elle a attesté une capacité de travail nulle dans tous les types d'activité depuis l'accident et précisé que l'assuré ne pouvait plus utiliser sa main droite sans avoir de douleurs de type décharge électrique et brûlure et qu'il n'avait plus de force, ni de sensibilité à la main droite. Selon ce rapport, l'assuré avait le « moral en bas » et avait commencé une psychothérapie auprès du Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin associé au Département de psychiatrie de l'Hôpital de Prangins.

Selon un rapport de D.\_\_\_\_\_ du 15 décembre 2020, l'assuré comprenait le français et réussissait à se faire comprendre. Les pistes d'emploi à explorer étaient celles de gestionnaire de stock et d'agent de sécurité (surveillance).

Le 2 mars 2021, l'OAI a réceptionné le dossier de Generali, qui contenait notamment un rapport du 8 janvier 2021 de la Dre K.\_\_\_\_\_ posant le diagnostic de status post amputation traumatique oblique de D3 en regard de la phalange distale et de D4 au niveau de l'articulation interphalangienne distale de la main droite. Il était également mentionné des douleurs irradiant jusqu'à l'épaule, variables en fonction des jours et augmentées avec le froid, une allodynie D3-D4, un enraidissement des doigts longs, un syndrome épaule-main, avec une épaule enraidie, l'absence de surinfection et la présence de douleurs neurogènes, ainsi que d'un syndrome douloureux régional complexe.

Il ressort d'un rapport de D.\_\_\_\_\_ du 13 avril 2021 que l'assuré souhaitait reprendre un travail adapté, malgré une ambivalence entre le vouloir et le pouvoir. Il rapportait avoir des douleurs, qui étaient

contrôlables, et que cela se passait mieux après avoir consulté les spécialistes de la douleur et avoir changé de traitement. Sur le plan psychologique, il sentait le besoin de sortir et d'être occupé et souhaitait être actif, la non-utilisation de sa main droite lui pesant sur le moral et le mettant dans une posture non rassurante pour la suite. Il avait un suivi psychiatrique tous les quinze jours. Il semblait partiellement prêt à l'emploi dans le sens où sa situation de santé n'était pas stabilisée et où il y aurait encore potentiellement une intervention à évaluer avec le médecin. Du point de vue de sa volonté de reprendre une activité, elle était bien présente même s'il se questionnait concernant une activité dans un environnement francophone. A ce rapport était jointe une attestation de la Dre K. \_\_\_\_\_ du 9 janvier 2021, selon laquelle la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle et celle dans une activité adaptée était à réévaluer. Pour les limitations fonctionnelles, elle a mentionné une perte de mobilité des doigts et de l'épaule liée au syndrome épaule-main, des douleurs importantes du membre supérieur droit et l'absence de port de charges. Elle a indiqué une amélioration lente en plusieurs mois, sans récupération totale de la fonction du membre supérieur.

Par courrier du 15 avril 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures d'intervention précoce et que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables pour l'instant.

Répondant à un questionnaire de l'OAI, la Dre N. \_\_\_\_\_ a, le 24 avril 2021, attesté une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, l'assuré ne pouvant plus l'exercer depuis son accident. Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, elle était également nulle, dès lors que l'assuré était droitier et avait toujours des douleurs assez importantes au membre supérieur droit.

Le 29 avril 2021, l'OAI a indexé un rapport du 26 mars 2021 de la Dre K. \_\_\_\_\_, selon lequel il y avait une amélioration des douleurs et une diminution de l'allodynie sur D3 et D4, ainsi qu'une amélioration sur le plan de l'épaule. Elle a mentionné la présence de douleurs neurogènes et

d'un syndrome douloureux régional complexe, tout en précisant qu'une reprise professionnelle était impossible compte tenu du handicap fonctionnel, de la perte de mobilité importante D3 et D4, ainsi que des douleurs invalidantes.

Le 2 juin 2021, Generali a notamment transmis à l'OAI un rapport du 6 avril 2021 du Dr P. \_\_\_\_\_ mentionnant un traitement mensuel ayant débuté le 7 janvier 2021 et retenant le diagnostic d'autres épisodes dépressifs (F32.8). Selon ce rapport, l'assuré avait développé des symptômes du type dépressif à la suite de son accident, avec des pleurs fréquents, des sentiments d'échec et de culpabilité, un pessimisme vis-à-vis de son avenir professionnel et personnel et des difficultés dans son couple. Il a précisé que la situation semblait cliniquement s'améliorer avec le temps et mentionné une évolution favorable, malgré quelques fluctuations psychiques.

Remplissant le 8 septembre 2021 un formulaire de rapport médical détaillé UE/AELE, la Dre N. \_\_\_\_\_ a fait état des diagnostics d'amputation D3-D4 de la main droite, de trouble anxio-dépressif (F41.2) et de dépression réactionnelle (F43.2). Comme symptômes actuels majeurs, elle a indiqué une douleur au membre supérieur droit de type décharge électrique, des cervicobrachialgies gauches, des idées noires, de la tristesse, de l'anxiété, des réveils nocturnes fréquents et de l'anhédonie. Dans le chapitre consacré à l'état mental, la médecin a notamment indiqué que l'assuré souffrait d'un trouble anxio-dépressif dans le contexte d'une dépression réactionnelle à la suite de son accident et que la fréquence des consultations psychiatriques était d'une fois par mois actuellement contre deux fois par mois au début de la prise en charge. Dans ses conclusions sur la capacité de travail, la Dre N. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré demeurerait capable d'exercer de façon régulière et à 100 % un travail adapté dans le cadre de travaux non physiques. Elle a précisé qu'un travail de bureau sans l'utilisation du membre supérieur droit serait possible à 100 %, dès que l'assuré n'aurait plus de douleur.

Les 9 septembre, 14 décembre 2021 et 14 février 2022, Generali a notamment transmis à l'OAI les pièces complémentaires suivantes :

- un rapport du 10 juin 2021 de la Dre K.\_\_\_\_\_ posant le diagnostic de status post amputation traumatique oblique de D3 en regard de la phalange distale et de D4 au niveau de l'articulation interphalangienne distale main droite du 19 juin 2020 et mentionnant la présence de douleurs neurogènes et d'un syndrome douloureux régional complexe ;

- un rapport du 30 juin 2021 de la Dre K.\_\_\_\_\_ adressé au médecin-conseil de Generali, selon lequel l'assuré présentait actuellement un CRPS (Complex regional pain syndrome ou SDRC = Syndrome douloureux régional complexe [algodystrophie]), avec un ongle en griffe créant une épine irritative, qui avait pu être retirée ; un séjour à la BC.\_\_\_\_\_ (ci-après : la BC.\_\_\_\_\_ ) pouvait éventuellement lui être proposé ;

- une appréciation du médecin-conseil de Generali du 7 juillet 2021 mentionnant un mauvais pronostic en raison du SDRC et des douleurs neurogènes persistantes ; selon lui, le cas pourrait être considéré comme stabilisé au plus tard deux ans après l'accident pour le SDRC ; un séjour à la BC.\_\_\_\_\_ permettrait d'optimiser le traitement du SDRC et d'évaluer d'autres facteurs influençant la reprise du travail ;

- un rapport d'ergothérapie de la BC.\_\_\_\_\_ du 21 décembre 2021 indiquant une pince pulpo-latérale à 3 kg à droite et à 5 kg à gauche ;

- un rapport du 14 janvier 2022 de la Dre BD.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et cheffe de clinique aux HUG, ne retenant pas d'indication chirurgicale supplémentaire au vu du délai post-traumatique et du contexte douloureux chronique ;

- un rapport du 17 janvier 2022 du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, faisant suite au séjour de l'assuré à la

BC. \_\_\_\_\_ du 24 novembre au 21 décembre 2021 et posant le diagnostic principal de traumatisme de la main droite, avec amputation de la phalange distale de D3 et au niveau de l'articulation interphalangienne distale de D4, ainsi qu'avec un syndrome douloureux régional complexe de type I de la main droite (diagnostiqué en octobre 2020 et confirmé à la scintigraphie du 17 décembre 2021). Sur le plan psychiatrique, le rapport mentionnait que l'assuré avait été vu par le psychiatre, qui avait relevé un moral abaissé et des montées d'angoisse lorsque l'intéressé était confronté à des bruits de machine, mais sans retenir de diagnostic psychiatrique. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, la poursuite d'un traitement d'ergothérapie et de physiothérapie pouvant permettre d'améliorer les douleurs et l'intégration de la main droite, ainsi que la force et l'endurance du membre supérieur droit. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient retenues : port de charges supérieures à 5 kg, port de charges répété, mouvements nécessitant de la force de la main droite, mouvements répétés de la main droite, ainsi que les activités nécessitant des mouvements fins de la main droite. Le délai attendu pour une stabilisation médicale était difficile à estimer, l'évolution du SDRC étant souvent longue, mais dans la majorité des cas favorable.

Par rapport du 6 avril 2022 adressé à l'OAI, le Dr P. \_\_\_\_\_ a mentionné un suivi tous les deux mois depuis le 7 janvier 2021 et posé le diagnostic de troubles de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21) depuis juin 2020, sans se déterminer sur la capacité de travail, ni sur les limitations fonctionnelles. Il a mentionné la présence de pleurs faciles, d'un sentiment de culpabilité mais sans idées noires ou suicidaires, ainsi que les symptômes suivants : tristesse, insomnie, deuil, angoisses, flashbacks et aboulie.

Le 22 juin 2022, l'OAI a reçu de Generali un rapport d'expertise du 8 juin 2022 du Dr BF. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi qu'en chirurgie de la main, rédigé dans le cadre d'un mandat confié par le médecin-conseil de Generali. L'expert a posé les diagnostics d'algoneurodystrophie ankylosante de D3 et D4 à droite, de status après extirpation de l'ongle de D3 à droite le 28 mai

2021, avec repousse en griffe, de status après sevrage de la nourrice thénarienne de D3 à droite le 10 juillet 2020, de status après amputation trans-P2D4 et mise en nourrice de la pulpe de D3 sur le thénar droit le 19 juin 2020 et de status après amputation traumatique de l'extrémité distale de P3D3 à droite et sous-capitale de P2D4 à droite le 19 juin 2020. Il a attesté une incapacité de travail totale dans l'activité d'aide-paysagiste et dans toute activité nécessitant l'utilisation répétitive ou en force de la main dominante droite, telle que nettoyeur, cuisinier ou des professions analogues. Il a indiqué qu'une reconversion professionnelle était nécessaire dans une activité ne nécessitant que des gestes légers entre le pouce et l'index de la main droite ou une activité purement mono-manuelle gauche, comme par exemple un travail d'ouvrier ou de contrôleur de qualité dans l'industrie légère ou une petite conciergerie. Enfin, il a mentionné que le traitement allait probablement se terminer vers la fin de l'année 2022, un traitement d'ergothérapie pouvant s'avérer utile jusqu'à cette date et que la stabilisation interviendrait à ce moment-là.

Selon un extrait du compte individuel AVS de l'assuré du 6 juillet 2022, celui-ci a perçu un revenu soumis à cotisations de mars 2018 à décembre 2020.

Selon un extrait du compte individuel AVS de l'épouse de l'assuré du 26 août 2022, celle-ci a notamment perçu, en 2021, un revenu soumis à cotisations de 14'629 fr. auprès de BJ. \_\_\_\_\_ SA, de 46'013 fr. auprès d'O. \_\_\_\_\_ (Suisse) SA et de 23'632 fr. auprès d'E. \_\_\_\_\_ SA de janvier à décembre.

Il ressort d'un échange de courriels à l'interne de l'OAI du 6 septembre 2022 que la durée minimale de cotisations était remplie pour l'assuré, dès lors qu'il pouvait être tenu compte des cotisations de sa femme pour l'année 2021.

Par rapport du 4 octobre 2022 adressé à l'OAI, la Dre N. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'amputation D3 et D4 de la main droite, d'algoneurodystrophie ankylosante D3 et D4 de la main droite et de raideur

douloureuse du membre supérieur droit, ainsi que de dépression réactionnelle et d'entorse de la cheville droite à la suite d'une chute sans possibilité de se rattraper avec la main droite. Elle a attesté une capacité de travail nulle dans tous les types d'activité et précisé qu'il était illusoire de penser que l'assuré, non francophone, droitier et d'expérience professionnelle uniquement manuelle, puisse effectuer une activité manuelle impliquant l'utilisation de la main droite. Elle a encore indiqué que l'assuré ne pouvait pas utiliser sa main droite, hormis l'index et le pouce, mais de façon très légère et non répétitive, car cela provoquait des douleurs et raidissement du membre supérieur droit. Etaient joints un rapport du 7 février 2022 de la Dre BK. \_\_\_\_\_, médecin, selon lequel l'assuré présentait une allodynie de P3D3 et au niveau de la cicatrice du moignon de D4, ressentant des décharges électriques à la percussion ou à l'effleurement de la peau, ainsi qu'un rapport du 15 juin 2022 du Service des Urgences de l'Hôpital de Q\*\*\* posant le diagnostic d'entorse externe de la cheville gauche stade 2 pour l'assuré.

Par courriel du 18 octobre 2022, Generali a transmis à l'OAI une copie des nouvelles pièces en sa possession, dont notamment :

- un certificat du 4 juillet 2022 de la Dre N. \_\_\_\_\_, selon lequel l'assuré ne pouvait plus exercer sa profession de jardinier-paysagiste, ainsi que tout emploi nécessitant l'usage du membre supérieur droit. Malgré des séances d'ergothérapie, il était illusoire de concevoir que le patient, droitier, pourrait exercer une activité professionnelle mono-manuelle, ce qui excluait *de facto* tous travaux physiques impliquant l'usage de ses deux mains et donc même de la petite conciergerie, puisqu'il était aussi incapable d'effectuer son autre activité antérieure, à savoir le nettoyage et la cuisine. Il convenait également de prendre en compte le profil de l'assuré, cuisiner de formation, qui avait une bonne santé habituelle avant l'accident survenu en 2020 et ne maîtrisait toujours pas le français ;

- un rapport du 8 septembre 2022 du Dr P. \_\_\_\_\_, dans lequel il a posé le diagnostic de facteurs psychologiques et comportementaux associés à des maladies ou des troubles classés ailleurs (F54), qui n'avait

pas d'impact sur l'exercice d'une activité professionnelle, aucune incapacité ne découlant de son tableau psychiatrique ; en outre, le pronostic était bon.

Le 6 décembre 2022, l'OAI a reçu une copie d'une décision du même jour de Generali, selon laquelle le droit au traitement médical et au versement de l'indemnité journalière prendrait fin le 31 décembre 2022, qu'une rente transitoire d'invalidité de 39 % serait versée dès le 1<sup>er</sup> janvier 2023 à l'assuré, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %. Il ressort notamment de cette décision que le trouble dépressif anxieux, dont souffrait l'assuré, n'avait aucun impact sur l'exercice d'une activité professionnelle et que son état de santé pouvait être considéré comme stabilisé au 31 décembre 2022. S'agissant du revenu sans invalidité, la décision de Generali se basait sur les informations fournies par C. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_ SA, selon lesquelles un revenu de 66'000 fr., respectivement de 13'730 fr. 80, aurait pu être réalisé en 2022. Quant au revenu avec invalidité, l'assureur-accidents a pris en considération le revenu statistique ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), sur lequel elle a appliqué un abattement de 20 %. Elle a mentionné, comme activité compatible avec l'état de santé de l'assuré, celle d'opérateur téléphonique dans un centre d'appels.

Par courriel du 22 février 2023, l'assuré a transmis à l'OAI des documents en lien avec son accident, dont notamment un rapport du 21 février 2023 du Dr BM. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, posant les diagnostics de suites douloureuses d'une entorse sévère du ligament latéral externe à la cheville gauche, de lésion ostéochondrale du dôme astragalien médial gauche probablement post-traumatique et de probable lésion d'étirement post-traumatique du nerf fibulaire superficiel gauche.

Dans son avis du 7 juin 2023, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a préconisé la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire comprenant la psychiatrie et l'orthopédie. L'OAI a dès lors entamé la procédure en vue de la désignation d'un centre d'expertise. Le mandat d'expertise a ainsi été confié au centre d'expertises

BN.\_\_\_\_\_, Sàrl, respectivement aux Drs AE.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et BP.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Le 9 août 2023, Generali a transmis à l'OAI une copie de l'expertise pour laquelle elle avait mandaté le Dr AH.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Il ressort du rapport d'expertise du 21 juillet 2023 que la capacité de travail en tant qu'aide-paysagiste et nettoyeur était nulle depuis le 19 juin 2020 et que l'état de santé de l'assuré était stabilisé à compter de la fin de l'année 2022. L'expert suggérait une reconversion professionnelle dans une activité privilégiant la pince pouce/index avec peu de force du côté droit ou une activité purement mono-manuelle côté gauche, tels que contrôleur de qualité, surveillance ou atelier. Il accordait cependant une baisse de rendement de 10 à 15 % due à l'allodynie persistante au niveau des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> doigts, qui rendait nécessaire des pauses plus régulières et longues.

Le 21 août 2023, l'OAI a reçu une copie d'un rapport du 19 juillet 2023 du Dr BM.\_\_\_\_\_, posant le diagnostic d'entorse sévère du ligament latéral externe de la cheville gauche, avec une lésion ostéocondrale du dôme astragalien médial en zone de charge et proposant une solution chirurgicale, refusée par l'assuré.

Les experts de BN.\_\_\_\_\_, Sàrl ont déposé un rapport d'expertise le 13 septembre 2023, comprenant une synthèse du dossier, une évaluation consensuelle et deux expertises spécialisées. Les experts n'ont retenu aucun diagnostic sur le plan psychiatrique et, sur le plan orthopédique, les diagnostics de status post amputation D3-D4 de la main droite, de capsulite de l'épaule droite et d'ostéonécrose au niveau du talus de la cheville gauche et étirement du nerf sciatique poplité externe du nerf fibulaire superficiel au niveau de la cheville gauche. Ils ont attesté une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle pour des motifs orthopédiques, depuis le 19 juin 2020, et une capacité de travail entière dans une activité adaptée, soit une activité mono-manuelle, depuis le 19 juin 2022, à savoir deux ans après l'accident.

Par courrier du 20 octobre 2023, l'assuré a notamment transmis à l'OAI un rapport relatif à une échographie et radiographie de l'épaule droite du 29 août 2023 concluant à une bursite sous-acromiale, une tendinopathie du sus- et du sous-épineux et une arthrose acromio-claviculaire, ainsi qu'un rapport du 7 septembre 2023 de la CB. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, posant le diagnostic de décompensation du trapèze de l'épaule droite en raison d'une position antalgique du membre supérieur post-traumatique de la main droite et proposant, au vu des importantes douleurs, une infiltration de cortisone au niveau acromio-claviculaire et intra-articulaire ; le rapport précisait qu'il n'y avait pas de trouble neurologique.

Par complément d'expertise du 6 novembre 2023, faisant suite à un avis du SMR du 11 octobre 2023, l'experte AE. \_\_\_\_\_ a indiqué que le syndrome régional douloureux complexe (ou algoneurodystrophie) pouvait être considéré comme stabilisé après deux ans et qu'il n'y avait pas de signe de d'hypersudation, de chaleur ou de troubles vasculaires. Elle a indiqué, comme limitations fonctionnelles en lien avec la cheville gauche, l'absence de station debout prolongée, pas d'échelles, ni d'escaliers et pas de port de charges de plus de 5 kg. S'agissant de l'épaule droite, les limitations fonctionnelles étaient l'absence de port de charges de plus de 5 kg et l'absence de travail au-delà du plan horizontal. Selon l'experte, ces limitations fonctionnelles ne changeaient toutefois pas la capacité de travail de l'assuré.

Par rapport du 15 novembre 2023, le Dr CC. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation, en médecine interne et en neurologie, a posé les diagnostics de symptomatologie neurologique multiple, en particulier troubles de l'équilibre et de la marche, dans un cadre fonctionnel probable, d'état anxiodépressif récidivant et de status après la chute à domicile suivie par une entorse sévère du ligament latéral externe de la cheville gauche avec une lésion ostéochondrale sévère du dôme astragalien médial le 14 juin 2022. Depuis la fin de l'année 2022, il était noté l'apparition progressive de « troubles d'un changement dans son

corps, des membres supérieurs et inférieurs au niveau sensitivomoteur, avec troubles de l'équilibre sans chute, de symptômes centraux avec des sensations d'état confusionnel, avec des troubles mnésiques, dans le cadre d'un état anxieux important ». Le Dr CC.\_\_\_\_\_ a précisé que l'assuré décrivait l'apparition des symptômes neurologiques de façon inaugurale peu après son accident, avec exacerbation importante ces douze derniers mois. Il a noté une absence de prise en charge psychologique, débutée en 2020 pour un état dépressif et arrêtée fin 2022. L'anamnèse psychologique mentionnait des troubles du sommeil, un appétit diminué, une adynamie, une fatigue importante et de la tristesse, mais pas d'idée suicidaire. Selon ce médecin, le status neurologique mettait en évidence une instabilité posturale en position verticale, un Romberg et une marche en funambule pathologique. Le rapport concluait qu'une participation psychologique était très certaine quant aux troubles de l'équilibre et de la marche, dans le cadre d'un état anxiodépressif, l'assuré voyant sa santé physique très diminuée et son incapacité de travail nulle depuis trois ans et demi. A ce courrier était joint un rapport du 13 novembre 2023 relatif à une IRM (imagerie par résonance magnétique) cérébrale et médullaire concluant à la « présence de dix-sept lésions en hypersignal flair de la substance blanche sans prise de contraste juxtacorticales et périventriculaires supratentorielles à corrélérer un avis neurologique ». Le Dr CC.\_\_\_\_\_ a mentionné, dans son rapport, avoir pris contact avec le Dr CD.\_\_\_\_\_, neurologue au Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique, pour commenter les lésions radiologiques, dont il ressort que les quelques lésions de la substance blanche semblaient plutôt aspécifiques et ne remplissaient pas les critères de lésions types de SEP [sclérose en plaques] ou RIS [syndrome radiologique isolé].

Par rapport d'examen du 23 novembre 2023, le SMR a retenu comme atteinte principale à la santé un status post amputation D3 et D4 de la main droite et une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : activité légère mono-manuelle gauche, sans station debout prolongée, sans échelles, ni escaliers, sans port de charges de plus de 5 kg et sans travail des bras au-dessus du plan horizontal. Il en ressort également ce qui suit [*sic*] :

« **Discussion** : L'expertise bi-disciplinaire de juillet 2023 et le complément d'expertise de novembre 2023 sont convaincants. Les experts démontrent une bonne connaissance du dossier, prennent en compte l'ensemble des plaintes de l'assuré et des investigations effectuées. Leurs conclusions sont basées sur une anamnèse et un examen clinique détaillés. Leur appréciation de la CT au moment de l'expertise (CTAH 0%, CTAA de 100%) est cohérente avec leurs constatations objectives. Il n'y a dès lors pas de motif de s'écarter de leurs conclusions.

Quant aux RM fournis par l'avocat en octobre 2023 (GED 23.10.23), ils n'apportent pas d'éléments médicaux nouveaux par rapport à l'expertise de juillet 2023. En effet, les plaintes douloureuses et le status de la cheville G décrits dans le RM du 19.7.23 du Dr BM.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste, sont superposables à ceux décrits par l'expert-rhumatologue. Quant à la contracture de l'épaule D rapportée par la CB.\_\_\_\_\_ dans son RM du 7.9.23, elle est secondaire à la position antalgique de l'assuré et devrait être améliorée par l'infiltration de l'épaule D réalisée le jour de la consultation. Tant la proposition d'une infiltration de l'épaule D que celle d'une opération de la cheville G sont déjà discutées dans le cadre de l'expertise de juillet 2023 et considérées comme des mesures avant tout à visée antalgique, qui ne permettront pas d'améliorer la CTAA. Par ailleurs, les atteintes de l'épaule D et de la cheville G ont été discutées en détails dans le cadre de l'expertise de juillet 2023 et les LF en lien avec ces 2 atteintes ont déjà prises en compte dans l'appréciation de la CTAA. Ces rapports médicaux ne remettent donc pas en cause les conclusions de l'expertise bi-disciplinaire de juillet 2023. »

Selon un courriel interne du 29 novembre 2023 du SMR, il n'y avait pas de corrélation claire entre les lésions visualisées sur les images du 10 novembre 2023 et les plaintes de l'assuré, le Dr CC.\_\_\_\_\_ rapportant un status neurologique sans grande particularité et concluant à une origine fonctionnelle probable. Quant au Dr CD.\_\_\_\_\_, il estimait qu'un diagnostic de sclérose en plaques pouvait être exclu sur la base de l'imagerie et des plaintes atypiques de l'assuré. Ainsi, le rapport du Dr CC.\_\_\_\_\_ du 15 novembre 2023 ne modifiait pas les conclusions du rapport du SMR du 23 novembre 2023.

Par courrier du 11 décembre 2023, Me Andres Perez a informé l'OAI qu'il avait été consulté par l'assuré et demandé une copie de son dossier.

Par rapport final du 19 décembre 2023, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a conclu à ce qui suit [*sic*] :

« **Conclusion :**

Le droit à des MOP n'est pas ouvert. Il est question d'une activité accessoire que nous n'avons pas prise en compte, celle-ci étant relevée dans le CI de Mme. Si cela était nécessaire, notre assuré pourrait poursuivre une activité accessoire n'ayant pas de LF prenant en compte une fatigabilité, par exemple. De plus, si un droit aux MOP était ouvert, force est de constater que des mesures permettant de réduire un éventuel préjudice ne serait pas envisageable, tenant compte du manque de prérequis scolaires et de connaissances du français limitée, entre autres.

CT dans l'activité habituelle : 0%, selon rapport SMR du 23.11.2023  
CT dans une activité adaptée : 100% selon la même source

Préjudice économique 2022: 5.01%, selon calcul du 19.12.2023  
Préjudice économique 2024 : 14.51%, selon calcul du 19.12.2023 »

Par courrier du 31 janvier 2024, l'assuré, par son mandataire, a informé l'OAI qu'il n'était objectivement pas en mesure d'accepter la mise en place de mesures d'ordre professionnel, son moral ayant été passablement entamé par une nouvelle pathologie, sous forme de trouble de l'équilibre et de la marche, ainsi que d'un état anxiodépressif récidivant. Il demandait, en outre, que le rapport du 23 novembre 2023 du Dr CC.\_\_\_\_\_ soit soumis au SMR, qui ne s'était pas prononcé à son sujet. Il informait également l'OAI qu'il avait décidé de ne pas procéder à la prise en charge chirurgicale de la lésion ostéocondrale. Enfin, il demandait, compte tenu de l'impossibilité de mettre en place des mesures d'ordre professionnel, à ce qu'une décision sur son droit à la rente soit rendue dans les meilleurs délais.

Par projet de décision du 12 février 2024, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité, limitée dans le temps, du 1<sup>er</sup> juin 2021 au 31 août 2022. Il a retenu qu'il ressortait de l'ensemble des renseignements au dossier qu'une pleine capacité de travail pouvait raisonnablement être exigée, à partir du mois de juin 2022, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité légère mono-manuelle gauche, sans station debout prolongée, sans échelles, ni escaliers, sans port de charges supérieures à 5 kg et sans travail des bras au-dessus du plan horizontal. Pour déterminer la perte économique subie, il convenait de comparer le revenu, qui aurait pu

être réalisé en bonne santé, soit 69'485 fr. 02 comme jardinier, avec le revenu auquel l'assuré pourrait prétendre dans des activités adaptées, tel qu'un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement, comme opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autres), à savoir un revenu de 66'006 fr. 75 à 100 % en 2022. En comparant ces deux revenus, un degré d'invalidité de 5,01 % pouvait être retenu. Ce degré d'invalidité, inférieur au 40 %, ne donnait pas droit à une rente et le droit à une rente entière était donc limité dans le temps pour la période du 1<sup>er</sup> juin 2021 au 31 août 2022. L'OAI a encore indiqué que, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2024, le règlement sur l'assurance-invalidité prévoyait l'application automatique d'une déduction de 10 % sur le revenu avec invalidité, dès lors que ce dernier était fixé sur la base des données salariales de l'Office fédéral de la statistique. Ainsi, le degré d'invalidité pouvait être fixé à 14,51 %, ce qui était toutefois insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Par observations du 11 mars 2024, l'assuré, sous la plume de son mandataire, s'est plaint de la manière dont avait été calculé le revenu sans invalidité, dès lors que le salaire auprès d'E. \_\_\_\_\_ SA n'avait pas été pris en compte, au motif que c'était sa femme qui avait repris ce contrat de travail depuis 2021. Il fallait ainsi rajouter un montant de 13'730 fr. 80 au revenu sans invalidité de 69'485 fr., soit un total de 83'215 fr. 80. Il a ensuite remis en cause la valeur probante du rapport d'expertise du 13 septembre 2023, dont les conclusions ne pouvaient pas être suivies. En effet, l'expertise avait été réalisée sans que les experts aient pris connaissance de l'expertise du Dr AH. \_\_\_\_\_ du 21 juillet 2023, qui tenait compte d'une baisse de rendement. Par ailleurs, la capsulite de l'épaule droite, mise en évidence par les experts, n'avait étonnamment pas eu de répercussion sur la capacité de travail estimée. En outre, l'experte AE. \_\_\_\_\_ retenait une capacité de travail dans une activité adaptée de 100 % sans apporter la moindre justification, se contentant d'indiquer que l'activité devait être mono-manuelle, sans précision que l'atteinte à la santé concernait la main dominante et sans indiquer de limitations fonctionnelles. Celles-ci n'ont été

ajoutées que dans le complément du 6 novembre 2023, sans pour autant que l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée ne soit revue. L'experte a, en outre, indiqué que le syndrome régional douloureux complexe était stabilisé après deux ans, ce qui contredisait l'expertise du 8 juin 2022 du Dr BF.\_\_\_\_\_, qui estimait la stabilisation du cas à la fin de l'année 2022, tout comme le rapport d'expertise du 21 juillet 2023 du Dr AH.\_\_\_\_\_. S'agissant du rapport du Dr CC.\_\_\_\_\_ du 15 novembre 2023, il n'avait pas été soumis au SMR, qui n'en avait pas discuté dans son rapport du 23 novembre 2023. Enfin, les limitations fonctionnelles importantes (activité de la main gauche, pas de station debout prolongée, pas d'échelles, ni d'escaliers, pas de port de charges de plus de 5 kg et pas de travail au-dessus du plan horizontal) et ses qualifications (50 ans, pas de formation, mauvaise maîtrise du français) rendaient tout retour à l'emploi illusoire.

Par courrier du 16 avril 2024, l'assuré a transmis à l'OAI une copie d'un rapport du Dr CC.\_\_\_\_\_ du 20 février 2024, dans lequel ce médecin a posé les diagnostics de troubles de la marche persistante, status après chute à domicile, entorse sévère du ligament latéral externe de la cheville gauche avec une lésion ostéochondrale sévère du dôme astragalien médial le 14 juin 2022, avec douleurs séquellaires, de douleurs chroniques de la main droite avec impotence fonctionnelle partielle persistante après un accident de la main droite avec amputation des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> doigts en juin 2020 et omalgies droites secondaires à la suite de la position antalgique, avec décompensation du trapèze droit, et de décompensation anxiodépressive secondaire à son stress en relation avec la perte de sa santé post-traumatique. Il en ressort également ce qui suit [*sic*] :

« J'ai examiné le patient initialement le 15 novembre 2023, avec une symptomatologie potentiellement neurologique, des troubles de l'équilibre, des troubles de la sensibilité des membres supérieurs et inférieurs, des troubles mnésiques, des sensations d'état confusionnel, avec au status une instabilité posturale avec un Romberg, marche en funambule pathologiques, incitant à prescrire une IRM cérébrale et médullaire, qui a été effectuée le 13.11.2023, avec mise en évidence des lésions cérébrales au niveau de la substance blanche, mais non spécifiques et n'expliquant pas le tableau clinique, expliqué dans le cadre d'un état anxieux avec une pathologie fonctionnelle prédominante.

Le traitement psychothérapeutique a pu être repris, auprès du Dr P. \_\_\_\_\_ à Y\*\*\*, qu'il connaissait déjà bien, avec la continuation d'un traitement médicamenteux antidépresseur, actuellement sous forme de Citalopram 40 mg/jour, Wellbutrin et Cymbalta de façon concomitante.

Continuation de la prise en charge chez Dr CL. \_\_\_\_\_, EA. \_\_\_\_\_, avec en dernier lieu une 3<sup>ème</sup> infiltration de la cheville gauche en intra-articulaire le 02.02.2024 à hauteur de l'interligne talo-crural latéral, avec 1 ampoule de Kénacort, qui a amélioré très discrètement la symptomatologie douloureuse.

Le patient a également continué la prise en charge physiothérapeutique et ergothérapeutique avec une désensibilisation du nerf fibulaire superficiel gauche, hypersensible.

Sur le plan médicamenteux antalgique, en plus du paracétamol et ibuprofène, j'ai remplacé le Tramadol retard par CM. \_\_\_\_\_, 2 x 5 mg/jour, pris matin et midi, permettant de diminuer l'intensité de la douleur de 8/10 à 6/10, incitant à augmenter la posologie, à 85 mg/jour, avec la perspective de passer à l'Oxycontin à effet retard par la suite, selon évolution (effet sur la douleur, éventuel effet secondaire).

Le patient me demande de m'exprimer sur sa capacité de travail : effectivement, le patient est sans formation professionnelle spécifique, il a effectué jusqu'à présent des activités entièrement manuelles, ne peut effectuer une activité manuelle au vu de son impotence fonctionnelle de sa main dominante droite, de sa boiterie secondaire à des douleurs des deux chevilles actuellement, symptomatologie douloureuse devenue chronique, avec un état anxio-dépressif secondaire actuel, avec un pronostic d'évolution très défavorable pour une reprise professionnelle, sans reclassement possible. »

Il ressort ce qui suit d'un avis du 1<sup>er</sup> mai 2024 du SMR :

« **Appréciation** : L'expertise orthopédique effectuée par le Dr AH. \_\_\_\_\_ en juillet 2021 [recte : 2023] à la demande de la LAA n'apporte aucun élément médical nouveau qui n'ait pas déjà été pris en compte dans l'expertise bi-disciplinaire effectuée seulement quelques jours auparavant à la demande de l'OAI. Si le Dr AH. \_\_\_\_\_ retient effectivement une CTAA de 100% avec une baisse de rendement de 10-15%, il précise toutefois que cette baisse de rendement de 10-15% est à mettre en lien avec l'allodynie résiduelle de la main D. Il estime en effet qu'une activité résiduelle avec la main D est encore possible, sous réserve du respect d'un grand nombre de LF en lien avec la main D et moyennant une baisse de rendement. Or, dans une activité purement mono-manuelle G, dans laquelle il n'est pas fait usage de la main D, il n'y a aucune raison de retenir une baisse de rendement en lien avec la main D. Les 2 experts orthopédistes semblent s'accorder effectivement sur ce point et considérer que la CTAA est entière dans une telle activité.

Quant aux RM du Dr CC. \_\_\_\_\_ amenés dans le cadre de l'audition, ils n'apportent pas d'éléments objectifs témoignant d'une aggravation des atteintes orthopédiques par rapport aux 2 expertises orthopédiques de juillet 2023. Quant aux plaintes neurologiques de l'assuré, elles seraient présentes depuis 2022, soit antérieures aux expertises. Le status neurologique est décrit comme sans grande particularité, quant à l'imagerie, elle montre des lésions non spécifiques, qui n'expliquent pas le tableau clinique. Aucun substrat organique n'a été mis en évidence et une origine fonctionnelle est fortement suspectée. Le Dr CC. \_\_\_\_\_ ne se prononce pas précisément quant à la CT, mais estime le pronostic très défavorable pour une reprise professionnelle. Toutefois, son appréciation de la CT se base sur les atteintes orthopédiques déjà connues (main D, chevilles) ainsi que sur les LF en lien avec ces dernières. Or ces LF ont déjà été prises en compte lors des expertises de juillet 2023. Sur le plan purement orthopédique, il s'agit donc d'une appréciation différente d'une même situation.

En revanche, dans son dernier RM février 2024, le Dr CC. \_\_\_\_\_ mentionne une symptomatologie anxiodépressive, ainsi que la reprise récente d'un suivi psychiatrique et d'une médication antidépressive. Rappelons qu'en avril 2022, le psychiatre traitant de l'assuré retenait le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, et que le suivi psychiatrique avait été interrompu en septembre 2022. Lors de l'expertise bi-disciplinaire de juillet 2023, l'expert psychiatre ne retenait quant à lui aucun diagnostic psychiatrique incapacitant et considérait que sur le plan psychiatrique, la CT avait toujours été entière.

**Conclusion :** Sur le plan purement somatique, les éléments produits dans le cadre de l'audition ne nous amènent pas à revenir sur les conclusions du rapport SMR du 23.11.23. En revanche, depuis l'expertise bi-disciplinaire de juillet 2023, l'assuré aurait repris un suivi psychiatrique et une médication antidépressive aurait été réintroduite. Or, nous ne disposons pas de RM émanant du psychiatre traitant. Il convient donc de poursuivre l'instruction en interrogeant le psychiatre traitant afin de préciser s'il y a eu une aggravation de l'état de santé sur le plan psychiatrique depuis juillet 2023, date à laquelle l'expert psychiatre ne retenait aucune atteinte psychiatrique incapacitante. »

Faisant suite à un questionnaire envoyé par l'OAI, le Dr P. \_\_\_\_\_ a répondu, le 29 mai 2024, de la manière suivante [sic] :

**« 1) Depuis quand avez-vous repris le suivi psychiatrique de ce patient ?**

Depuis décembre 2023.

**2) Quelle est la fréquence de votre suivi psychiatrique ?**

Mensuel.

**3) Quelle a été l'évolution de l'état psychique depuis l'interruption de votre suivi psychiatrique en 2022?**

Aggravation sévère de son état psychique, dépression cliniquement sévère, manque de projets.  
Sous Fentanyl et Oxycodone pour la gestion des douleurs.  
Vis-a-vis l'état de santé, une reclassification professionnel semble impossible.

**4) Merci de nous fournir un status psychiatrique actuel détaillé.**

Calme et collaborant. Lentifié. Orienté sur les 4 axes.  
Patient avec limitations graves de la marche, porte des cannes, état douloureux en continu.  
Humeur triste, pleure souvent pendant les rendez-vous. Révolté avec sa situation actuelle. État anxieux permanent. Manque d'énergie globale. Attention difficilement fixé.  
Sans symptômes de la sphère de la psychose.  
Sans troubles cognitifs avérés.  
Manque d'appétit. Hypersomnie.

**5) Quel(s) diagnostic(s) psychiatrique(s) impactant la capacité de travail retenez-vous?**

(F32.2) Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques

**6) Merci de nous préciser le traitement psychotrope ainsi que les adaptations de traitement effectuées depuis la reprise de votre suivi ?**

Citalopram 40 mg/jour  
Wellbutrin 150 mg/jour

**7) Quelles sont les limitations fonctionnelles psychiatriques objectives actuelles, d'ordre strictement médical, sans tenir compte du contexte psychosocial (absence de formation, mauvaise maîtrise du français, etc).**

Humeur dépressif, anhédonie, absence totale de motivation pour toutes domaines courants de la vie, ainsi que pour le travail.

**8) Merci de bien vouloir nous décrire le déroulement d'une journée-type de votre patient.**

Le patient reste allongé ou assis à la maison a regarder la télé. Ne sort pas de chez lui. N'a pas de loisirs.

**9) Quelles sont les répercussions des atteintes psychiques décrites par vos soins dans les domaines courants de la vie suivants : AVQ, sortie du domicile, activités ménagères, courses, gestion de l'administratif, activités occupationnelles et de loisirs, activité de la vie sociale.**

Les domaines courants de la vie sont tous impactés de façon importante.

**10) D'un point de vue purement psychiatrique, quelle est l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée**

**aux limitations fonctionnelles psychiatriques depuis la reprise de votre suivi ?**

Évolution négative, ne semble actuellement en capacité de travailler dans une activité adaptée. »

Par avis du 6 juin 2024, le SMR a considéré que le rapport du psychiatre traitant de mai 2024 n'apportait pas d'élément objectif qui témoignerait d'une aggravation notable de l'état psychique par rapport au suivi psychiatrique de 2022. En effet, dans ses rapports d'avril et septembre 2022, le Dr P.\_\_\_\_\_ rapportait déjà une aboulie, une humeur triste avec pleurs faciles, des idées de culpabilité, des troubles du sommeil, une symptomatologie anxieuse, ainsi que des limitations fonctionnelles importantes dans presque tous les domaines de la vie. Sa description clinique de l'époque était relativement superposable à celle décrite dans son dernier rapport de mai 2024, période pour laquelle l'expertise psychiatrique de juillet 2023 avait conclu à l'absence d'atteinte psychiatrique incapacitante. En outre, le diagnostic d'épisode dépressif sévère retenu par le psychiatre traitant était très peu étayé, les critères diagnostics n'étant pas remplis, et sans mention d'un suivi psychiatrique mensuel, ce qui semblait plutôt témoigner contre un épisode dépressif de cette intensité. En conclusion, les éléments obtenus dans le cadre de l'audition, tant sur le plan somatique que psychiatrique, n'amenaient pas à revenir sur les conclusions du rapport SMR du 23 novembre 2023.

Par décision du 18 juin 2024, remplaçant et annulant celle du 6 décembre 2022, Generali a retenu que le droit au traitement médical et au versement de l'indemnité journalière prenait fin au 31 décembre 2022 pour l'accident du 19 juin 2020 et au 30 juin 2024 pour l'accident du 14 juin 2022. Pour le revenu sans invalidité, elle a indiqué que, selon les informations fournies les 14 et 17 juin 2024 par C.\_\_\_\_\_, le salaire horaire en 2024 s'élevait à 25 fr. 20, avec un horaire prévisible de 2'200 heures en 2024, vacances incluses (42.31 x 52 semaines), indemnité de 8,33 % à titre de 13<sup>e</sup> salaire en sus. Il en découlait un salaire 2024 de 60'061 fr. 40 [25.20 x 42.31 x 52 + 8,33 %]. Pour E.\_\_\_\_\_ SA, le salaire horaire, communiqué le 6 juin 2024, était de 20 fr. 25, avec une indemnité de 8,33 % à titre de 13<sup>e</sup> salaire en plus, soit une rémunération annuelle de 14'258 fr. 95 [20.25 x

12.5 x 52 + 8,33 %]. Ainsi, le revenu sans invalidité pour l'année 2024 devait être fixé à 74'320 fr. 35. S'agissant du revenu avec invalidité, Generali s'est référée au salaire médian mensuel brut réalisable par les hommes, dans le secteur privé, au niveau de compétences le plus bas (tableau TA1\_tirage\_skill\_level, total, niveau de compétences 1). En 2022, le salaire statistique de référence s'élevait à CHF 5'305.00 par mois (part du 13<sup>ème</sup> comprise), soit un revenu annuel de 63'660 francs. Ce montant devait encore être adapté à la durée moyenne du travail en Suisse par 41.7 heures et indexé à 2024, soit un revenu statistique de référence pour 2024 de 67'493 fr. 75. Generali a encore appliqué une déduction de 15 % à titre de perte de rendement et une déduction de 25 % pour tenir compte de l'ensemble des limitations fonctionnelles, en particulier à la main droite. Le revenu d'invalidité déterminant était ainsi fixé à un montant de 43'027 fr. 30. Après comparaison des revenus, il en résultait un taux d'invalidité de 42,10% arrondi à 42 %. En définitive, l'assuré avait droit à une rente ordinaire d'invalidité de 42 % à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2024.

Le 18 juin 2024, l'OAI a pris position sur la contestation de l'assuré en concluant qu'elle n'avait pas apporté d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position. Ainsi, son projet de décision, qui reposait sur une instruction complète sur le plan médical et économique et respectait les dispositions légales, devait être entièrement confirmé.

Par décision du 10 juillet 2024, confirmant son projet de décision du 12 février 2024, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité, limitée dans le temps, du 1<sup>er</sup> juin 2021 au 31 août 2022.

Le 19 août 2024, Generali a envoyé à l'OAI une copie de la transaction conclue avec l'assuré, selon laquelle le taux de la rente d'invalidité était porté à 45 % dès le 1<sup>er</sup> juillet 2024.

**C.** Par acte du 11 septembre 2024, B.\_\_\_\_\_, toujours représenté par Me Perez, a recouru contre la décision du 10 juillet 2024 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant

principalement à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il statue à nouveau. Il s'est tout d'abord plaint de la manière dont avait été calculé le revenu sans invalidité, dès lors que le salaire auprès d'E.\_\_\_\_\_ SA avait été écarté, au motif que c'était sa femme qui avait repris ce contrat de travail en 2021. Il fallait ainsi rajouter un montant de 13'730 fr. 80 au revenu sans invalidité de 69'845 fr., soit un total de 83'215 fr. 80. Il a ensuite fait valoir qu'il convenait de procéder à un nouveau calcul du revenu d'invalidité qui tiendrait compte d'une perte de rendement, de ses limitations fonctionnelles et de sa situation personnelle, à savoir son âge, l'absence de formation et une mauvaise maîtrise du français. Il a également remis en cause la valeur probante de l'expertise du 13 septembre 2023, dont les conclusions ne pouvaient pas être suivies. En effet, l'expertise avait été réalisée sans que les experts aient pris connaissance du rapport d'expertise du Dr AH.\_\_\_\_\_ du 21 juillet 2023, qui retenait une baisse de rendement de 15 %. En outre, la capsulite de l'épaule droite, mise en évidence par les experts, n'avait étonnamment pas eu de répercussion sur la capacité de travail estimée. S'agissant de la capacité de travail, les experts avaient retenu une capacité de travail entière, sans apporter la moindre justification, ni motiver leur position, l'experte AE.\_\_\_\_\_ s'étant contentée d'indiquer que l'activité devait être mono-manuelle, sans préciser que l'atteinte à la santé concernait la main dominante et sans indiquer de limitations fonctionnelles. Dans son complément du 6 novembre 2023, cette experte a ajouté des limitations fonctionnelles, sans pour autant revoir son évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée. L'experte a encore indiqué que le syndrome régional douloureux complexe était stabilisé après deux ans, ce qui contredisait l'expertise du Dr BF.\_\_\_\_\_ du 8 juin 2022, qui estimait la stabilisation du cas à la fin de l'année 2022, tout comme l'expertise du 21 juillet 2023 du Dr AH.\_\_\_\_\_. Le recourant a enfin expliqué qu'après avoir reçu le diagnostic du Dr CC.\_\_\_\_\_ relatif à une symptomatologie neurologique multiple, en particulier des troubles de l'équilibre et de la marche, il avait repris un suivi psychiatrique auprès du Dr P.\_\_\_\_\_. Celui-ci avait retenu, dans son rapport du 29 mai 2024, une aggravation sévère de son état psychique et

un diagnostic d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, et considéré que la capacité de travail était nulle.

Dans sa réponse du 8 novembre 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse. Il a relevé qu'il ne disposait pas d'éléments suffisants pour retenir le revenu réalisé auprès d'E.\_\_\_\_\_ SA, dès lors qu'il ne savait pas si cette activité aurait perduré sans le problème de santé. Il a également confirmé qu'il n'y avait pas lieu de procéder à un abattement pour le calcul du revenu d'invalidé, dans la mesure où il existait un éventail suffisamment large d'activités accessibles au recourant, qui ne nécessitaient ni formation, ni expérience professionnelle, ni encore une bonne maîtrise du français et qui étaient disponibles indépendamment de l'âge. S'agissant de la capacité de travail, il renvoyait aux analyses du SMR des 1<sup>er</sup> mai et 6 juin 2024.

Par deux répliques du 15 janvier 2025, le recourant a fait valoir qu'il était au bénéfice d'un contrat de travail de durée indéterminée auprès d'E.\_\_\_\_\_ SA, auprès de qui il était entré en fonction le 1<sup>er</sup> janvier 2020, soit près de six mois avant son début d'activité auprès de C.\_\_\_\_\_. S'agissant de la capacité de travail, il a produit un rapport du 26 novembre 2024 du Dr CC.\_\_\_\_\_, selon lequel sa capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle et de 30 % dans une activité adaptée. Ce médecin avait également confirmé la présence d'un syndrome douloureux régional complexe (SDRC), dont l'expertise du 13 septembre 2023 n'avait pas tenu compte, syndrome qui avait au demeurant été confirmé par la Dre DC.\_\_\_\_\_ par rapport du 29 novembre 2024, produit en annexe. Enfin, le Dr CC.\_\_\_\_\_ avait fait état d'un alcoolisme chronique, qui avait été relevé par le Dr AH.\_\_\_\_\_, mais pas par les experts de BN.\_\_\_\_\_ Sàrl. Il a également produit un courrier du 28 octobre 2024 de la Direction générale de l'emploi et du marché du travail (ci-après : DGEM), selon lequel aucun stage ne pouvait être trouvé en l'état de ses limitations, démontrant par-là que, même s'il subsistait une capacité de travail dans une activité adaptée, celle-ci ne serait pas exploitable dans le marché primaire de l'emploi compte tenu des limitations fonctionnelles importantes.

Dupliquant le 6 février 2025, l'intimé a maintenu sa position en se référant à un avis du SMR du 29 janvier 2025, produit en annexe, selon lequel les rapports produits dans la procédure de recours n'apportaient pas d'éléments médicaux objectifs, qui auraient été ignorés des experts dans leur expertise de juillet 2023 ou qui témoigneraient d'une aggravation de l'état de santé entre cette expertise et la décision du mois de juillet 2024.

Par observations du 11 avril 2025, le recourant a relevé que le SDRC, écarté par le SMR, avait pourtant été confirmé par la scintigraphie du 17 décembre 2021 et reconnu par les médecins de la BC. \_\_\_\_\_ en 2022. En outre, le rapport du Dr P. \_\_\_\_\_, décrivant une aggravation de son état psychique, avait été écarté à tort, la reprise d'un suivi psychiatrique avec une hospitalisation en vue étant au contraire un indice fort d'une aggravation réelle. Quant à la valeur probante de l'avis SMR du 29 janvier 2025, elle pouvait être remise en question, dès lors qu'il rejetait les nouveaux rapports en bloc, alors qu'ils contenaient des éléments cliniques non traités par l'expertise de 2023. L'avis SMR ne discutait, en outre, jamais de manière détaillée des limitations fonctionnelles concrètes dans une activité adaptée, se bornant à conclure à une capacité de travail dans une activité adaptée intacte sans recontextualisation, ni confrontation avec la réalité du marché de l'emploi. Enfin, il n'y avait pas d'analyse cumulative des atteintes, plus particulièrement des effets combinés de ces atteintes sur la capacité fonctionnelle. Pour finir, la capacité de travail de 30 % dans une activité assise et administrative évoquée par le Dr CC. \_\_\_\_\_ rendait irréaliste l'exploitation de cette activité sur le marché primaire de l'emploi, ce que confirmait la DGEM.

Par courrier du 20 mai 2025, l'intimé a indiqué qu'il n'avait rien à ajouter et réitéré ses conclusions proposant le rejet du recours et le maintien de la décision entreprise.

### **En droit :**

**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 du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur la question de savoir s'il peut prétendre à une rente d'invalidité après le 31 août 2022, attendu que le droit à une rente entière d'invalidité lui a été reconnu pour la période du 1<sup>er</sup> juin 2021 au 31 août 2022.

**3. a)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**b)** En l'occurrence, le recourant a été mis au bénéfice d'une rente dès le 1<sup>er</sup> juin 2021 si bien que l'ancien droit est applicable pour le droit aux prestations du recourant à compter de cette date. L'OAI a retenu

que l'état de santé du recourant s'était amélioré au mois de juin 2022 et a supprimé son droit à la rente le 31 août 2022 en application de l'art. 88a RAI. Dans la mesure où cette date est postérieure au 31 décembre 2021, il convient d'appliquer le nouveau droit à la révision du droit à la rente.

**4. a)** Selon l'art. 6 al. 1 LAI, les ressortissants suisses et étrangers, ainsi que les apatrides ont droit aux prestations conformément aux dispositions de la LAI, l'art. 39 de cette loi étant réservé.

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAI, l'octroi d'une rente ordinaire de l'assurance-invalidité est subordonné à une durée minimale de trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité.

**b)** 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.

**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). 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 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).

**d)** Conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, dans sa teneur en vigueur depuis 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). Un changement déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations est établi, en particulier, dès qu'une dégradation de sa capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable (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 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

**5. 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 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 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\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

**c)** Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C\_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C\_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert

ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

**d)** 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 ; TF 8C\_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C\_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

**e)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées ; TF 8C\_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

**6. a)** A titre liminaire se pose la question du respect de la durée minimale de cotisations de trois ans prévue par l'art. 36 al. 1 LAI, attendu que l'invalidité est réputée survenue au 1<sup>er</sup> juin 2021 (cf. art. 4 al. 2 LAI), soit au moment où l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins

40 % en moyenne depuis une année sans interruption notable (Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 39 ad art. 4 LAI, qui se réfère à l'art. 28 al. 1 let. b LAI et 29 al. 1 LAI). En juin 2021, la durée de cotisation du recourant ne totalisait pas une durée de trois ans, dès lors qu'elle ne s'étendait que du mois de mars 2018 au mois de décembre 2020 (cf. extrait du compte individuel AVS de l'assuré du 6 juillet 2022).

Il faut néanmoins considérer que les conditions de l'art. 36 al. 1 LAI sont réunies en l'espèce, dans la mesure où l'épouse du recourant a, pour sa part, cotisé en 2021 à raison de plus du double de la cotisation minimale (cf. extrait du compte individuel AVS de la femme de l'assuré du 26 août 2022 ; art. 29<sup>ter</sup> al. 1 let. b LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10] ; art. 50 RAVS [règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.101] ; Valterio, op. cit., n° 2 ad art. 36 LAI), comme l'a d'ailleurs admis l'OAI dans un courriel du 6 septembre 2022.

**b)** Sur le fond, l'OAI a octroyé au recourant une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, à savoir du 1<sup>er</sup> juin 2021 au 31 août 2022, suivant les conclusions des avis du SMR des 23 novembre 2023, 1<sup>er</sup> mai et 6 juin 2024, eux-mêmes basés sur les conclusions du rapport d'expertise de BN.\_\_\_\_\_ Sàrl du 13 septembre 2023 et de son complément du 6 novembre 2023. Dans le cadre de leur analyse, les experts ont retenu que la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité légère mono-manuelle gauche, sans station debout prolongée, sans échelles, ni escaliers, sans port de charges de plus de 5 kg et sans travail des bras au-dessus du plan horizontal.

Le recourant conteste cette approche, estimant que l'expertise de BN.\_\_\_\_\_ Sàrl est dénuée de valeur probante à divers titres.

**c)** Sur le plan formel, le rapport d'expertise bidisciplinaire du 13 septembre 2023 remplit toutes les exigences auxquelles la

jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (cf. consid. 5b *supra*). En effet, l'état de santé du recourant a fait l'objet d'un examen circonstancié par les experts spécialistes, qui ont établi le contexte médical en résumant le dossier médical et en synthétisant les documents médicaux depuis 2020 (cf. pp. 5 à 19 du rapport d'expertise), puis en se fondant sur des examens cliniques menés par chaque expert dans son domaine (consultations du 10 juillet 2023). Les experts ont ensuite procédé à une étude circonstanciée du cas et dressé une anamnèse complète, aussi bien sur le plan personnel et familial que social et médical. Ils ont tenu compte des plaintes du recourant qu'ils ont soigneusement listées et confrontées avec leurs constatations objectives. Ils se sont encore renseignés sur ses habitudes, sa vie quotidienne, ses loisirs et son emploi du temps. Les experts ont finalement confronté leurs conclusions au cours d'une discussion consensuelle, qui a fait l'objet d'un rapport de synthèse dans lequel ils ont conjointement évalué l'état de santé, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles du recourant.

**d) aa)** Sur le plan psychiatrique, l'expert BP. \_\_\_\_\_ a attesté une capacité de travail entière, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée depuis toujours, car il n'existait pas de psychopathologie incapacitante chez un expertisé, dont les ressources étaient décrites comme conséquentes (cf. pp. 51-52 du rapport d'expertise du 13 septembre 2023). Il a mentionné qu'il n'y avait pas eu d'hospitalisation en milieu psychiatrique et que le traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré avait été interrompu dès 2022, le recourant ne prenant pas de traitement pharmacologique (cf. p. 37 du rapport d'expertise du 13 septembre 2023). L'expert n'a retenu aucun diagnostic, expliquant qu'il n'existait pas d'atteinte cérébro-organique chez un expertisé qui n'était pas confus et qui maintenait un focus d'attention efficace durant son entretien de plus d'une heure et que le recourant n'était pas psychotique, ni déprimé. En outre, l'intéressé ne rapportait pas de manifestations anxieuses épisodiques paroxystiques au sein desquelles il craignait de mourir ou de devenir fou et n'avait pas recours à des anxiolyse massives, ni n'était coutumier des urgences hospitalières (cf. p. 50 du rapport d'expertise du 13 septembre 2023). L'expert a encore indiqué qu'une éventuelle

majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) n'était pas retenue, chez un expertisé, certes démonstratif, mais qui n'était pas histrionique. Un éventuel syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) n'était pas retenu chez un expertisé, qui ne présentait pas d'état de détresse, item sémiologique pourtant requis pour retenir cette éventualité diagnostique, l'intéressé étant en outre porteur d'un substratum somatique partiellement explicatif. Enfin, le recourant n'était à l'évidence pas déprimé, les critères pour retenir un épisode dépressif n'étant au surplus pas remplis (cf. pp. 38, 46 et 47 du rapport d'expertise du 13 septembre 2023).

**bb)** Le recourant se prévaut toutefois d'un rapport du 29 mai 2024 du Dr P.\_\_\_\_\_, posant le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), pour soutenir une aggravation sévère de son état psychique. Ce rapport, outre le fait que les considérations du Dr P.\_\_\_\_\_ doivent être prises en compte avec retenue au vu de l'existence d'un lien de confiance entre le psychiatre traitant et son patient, ne permet pas d'établir l'aggravation alléguée. En effet, les symptômes dépressifs décrits, notamment des pleurs fréquents, ainsi qu'une tristesse et des angoisses, ont déjà été rapportés par le Dr P.\_\_\_\_\_ dans ses rapports des 6 avril 2021, 6 avril et 8 septembre 2022 et la description clinique de 2021 et 2022 est relativement superposable à celle décrite en mai 2024. On notera ici qu'à la fin de l'année 2020 et début de l'année 2021, le moral du recourant était déjà bas (cf. rapports du 14 décembre 2020 de la Dre N.\_\_\_\_\_ et du 13 avril 2021 de D.\_\_\_\_\_). La Dre N.\_\_\_\_\_ notait également, dans son rapport UE/AELE du 8 septembre 2021, l'existence d'idées noires, de tristesse, d'anxiété, de réveils nocturnes fréquents et d'anhédonie, tout comme le rapport du 17 janvier 2022 de la BC.\_\_\_\_\_, qui mentionnait un moral abaissé et des montées d'angoisse, sans toutefois retenir de diagnostic psychiatrique incapacitant. S'agissant de la capacité de travail, le Dr P.\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé à son sujet dans ses rapports des 6 avril 2021 et 2022 et a indiqué, dans son rapport du 8 septembre 2022, qu'il n'y avait pas d'incapacité découlant du tableau psychiatrique et que le pronostic était bon. Quant à son rapport du 29 mai 2024, il s'est limité à mentionner une évolution négative et le fait que le

recourant ne semblait pas en capacité de travailler dans une activité adaptée, sans toutefois quantifier cette incapacité, ni en indiquer une durée. En outre, le diagnostic d'épisode dépressif sévère est très peu étayé, les critères diagnostiques selon la CIM 10 n'étant pas remplis et la mention d'un suivi psychiatrique mensuel semblant plutôt témoigner contre un épisode dépressif sévère (cf. avis SMR du 6 juin 2024), alors qu'en avril 2021, il avait un suivi psychiatrique tous les quinze jours (cf. rapport du 13 avril 2021 de D. \_\_\_\_\_).

Ainsi, le rapport du psychiatre traitant du 29 mai 2024 n'est pas propre à remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert psychiatre ou d'établir une aggravation de l'état psychique du recourant.

**cc)** En réplique, le recourant mentionne un état d'alcoolisme chronique depuis plus de deux ans, ressortant du rapport du 26 novembre 2024 du Dr CC. \_\_\_\_\_, et s'étonne que la consommation d'alcool ait été relevée par l'expertise du Dr AH. \_\_\_\_\_ du 21 juillet 2023, mais pas par l'expertise du 13 septembre 2023 de BN. \_\_\_\_\_ Sàrl. Le recourant n'indique toutefois pas en quoi cet élément serait de nature à remettre en cause le bien-fondé de l'expertise. En outre, son argument tombe à faux, dans la mesure où l'expertise de BN. \_\_\_\_\_ Sàrl a bien pris en compte sa consommation d'alcool, l'experte AE. \_\_\_\_\_ ayant noté que l'intéressé consommait « parfois » de l'alcool (cf. p. 29 du rapport d'expertise du 13 septembre 2023) et l'expert psychiatre ayant mentionné que le recourant n'avait pas de consommation éthylique quotidienne, mais une consommation variable en fonction de sa qualité de sommeil (cf. p. 40 du rapport d'expertise du 13 septembre 2023). On notera encore que le Dr P. \_\_\_\_\_ n'a pas fait mention d'un quelconque alcoolisme du recourant dans ses différents rapports, ce qui permet d'établir, au stade de la vraisemblance prépondérante, que cette atteinte n'est pas à l'origine de limitations fonctionnelles incapacitantes. La Dre N. \_\_\_\_\_ avait d'ailleurs coché « non » à la question de savoir si le recourant rencontrait des problèmes d'éthylisme (cf. rapport UE/AELE du 8 septembre 2021).

Ainsi, la question d'un éventuel alcoolisme du recourant n'a pas été ignorée par les experts et la critique du recourant n'est, dès lors, pas propre à remettre en cause l'appréciation de l'expert BP.\_\_\_\_\_. A cet égard, les Drs BF.\_\_\_\_\_ et AH.\_\_\_\_\_ ont également mentionné une consommation d'alcool modérée pour l'un et de 5 litres de vin pour trois jours pour l'autre, sans en retenir de conséquences incapacitantes (cf. rapports des 8 juin 2022 et 21 juillet 2023).

**dd)** Dans ses observations du 11 avril 2025, le recourant a indiqué que la reprise d'un suivi psychiatrique avec une hospitalisation en vue était un indice fort d'aggravation réelle. Il faut toutefois constater que la mention d'une éventuelle hospitalisation ressort du rapport du 26 novembre 2024 du Dr CC.\_\_\_\_\_, qui n'est pas le psychiatre traitant du recourant et qui ne fait que rapporter les propos relayés par l'intéressé. En outre, on ne peut que s'étonner de la mention de la reprise d'un suivi psychothérapeutique en novembre 2024 à la Lignière, alors que le recourant s'appuie sur un rapport du Dr P.\_\_\_\_\_ pour établir une aggravation sévère de son état psychique en mai 2024. De plus, aucun rapport de la Dre DK.\_\_\_\_\_, qui est en charge du suivi psychiatrique du recourant à la Lignière, sans avoir le titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, n'a été produit.

**ee)** Il apparaît donc que l'expertise de BN.\_\_\_\_\_ Sàrl doit être tenue pour probante quant au volet psychiatrique.

**e) aa)** Sur le plan somatique, l'experte AE.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de status post amputation D3-D4 de la main droite, de capsulite de l'épaule droite et d'ostéonécrose au niveau du talus de la cheville gauche et étirement du nerf sciatique poplité externe du nerf fibulaire superficiel au niveau de la cheville gauche. Elle a attesté une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle. Dans une activité adaptée, elle a indiqué que la capacité de travail était nulle du 19 juin 2020 jusqu'au 19 juin 2022, date à laquelle le recourant avait retrouvé une capacité de travail totale dans une activité mono-manuelle.

**bb)** Pour déterminer que seule une activité mono-manuelle gauche était adaptée à la situation du recourant, l'experte a pris en considération que le portage était impossible du côté de la main droite et que la pince pouce-index ne fonctionnait pas correctement, sauf entre le pouce et la deuxième phalange de l'index (cf. p. 28 du rapport d'expertise du 13 septembre 2023).

Cette constatation n'est toutefois pas la même que celle du Dr BF.\_\_\_\_\_, qui a indiqué que la force de la pince pollici-digitale était de 4 kg à droite et de 10 kg à gauche (cf. p. 6 du rapport d'expertise du 8 juin 2022), ni que celle du Dr AH.\_\_\_\_\_, qui a constaté, en ce qui concerne la force de la main droite, qu'il restait tout de même, au pincer, une force de 3 kg (cf. p. 20 du rapport d'expertise du 21 juillet 2023). A cet égard, on notera que le rapport d'ergothérapie de la BC.\_\_\_\_\_ du 21 décembre 2021 mentionnait une pince pulpo-latérale de 3 kg à droite et de 5 kg à gauche. S'agissant de la dextérité, le Dr BF.\_\_\_\_\_ a observé que le recourant utilisait le pouce et l'index droit pour fouiller dans ses affaires (cf. p. 5 du rapport d'expertise du 8 juin 2022), tandis que le Dr AH.\_\_\_\_\_ a mentionné que le recourant avait été capable, à deux reprises durant son entretien, de saisir son sac à dos de sa main droite et de le positionner rapidement sur son épaule droite (cf. pp. 19 et 23 du rapport d'expertise du 21 juillet 2023). Ce médecin a également noté que le recourant disposait d'une certaine force résiduelle et de proprioception. Selon lui, il fallait ainsi considérer que le recourant présentait une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée, légère, sans utilisation des trois derniers doigts de la main droite, c'est-à-dire en privilégiant la pince pouce-index et sans nécessité de préhension digito-palmaire, ni des travaux de précision. Une diminution de rendement de 10 à 15 % devait toutefois être retenue pour tenir compte de la nécessité de pauses plus longues. Le Dr AH.\_\_\_\_\_ a cité comme exemples de postes adaptés, un travail d'ouvrier au contrôle qualité dans l'industrie légère, les travaux de surveillance et les travaux d'atelier (cf. p. 23 du rapport d'expertise du 21 juillet 2023). Quant au Dr BF.\_\_\_\_\_, il a indiqué que la main droite ne pouvait plus être utilisée pour des travaux en force, ni des gestes répétitifs, mais uniquement pour des gestes légers entre le pouce et l'index. Ainsi, une reconversion

professionnelle était nécessaire dans une activité ne nécessitant que l'usage des deux premiers rayons de la main droite, dominante, sans préhension digito-palmaire, ni grande habileté manuelle fine et ne nécessitant que des gestes légers entre le pouce et l'index de la main droite ou une activité purement mono-manuelle gauche. Un travail d'ouvrier ou de contrôleur de qualité dans l'industrie légère ou une petite conciergerie pouvaient par exemple convenir si le poste était bien adapté à ses limitations (cf. pp. 8 et 13 du rapport d'expertise du 8 juin 2022).

Cela étant observé, il convient de prendre en compte les limitations fonctionnelles liées à l'atteinte à la main droite ressortant des rapports des Drs BF. \_\_\_\_\_ et AH. \_\_\_\_\_, dont les constats apparaissent plus précis et les conclusions plus convaincantes que ceux de l'experte mandatée par l'intimé. A cet égard, on peine au demeurant à concevoir qu'une activité mono-manuelle, de surcroît de la main non dominante, n'engendrerait pas la moindre diminution de rendement.

**cc)** Concernant la date à partir de laquelle le recourant a retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, l'experte AE. \_\_\_\_\_ a fixé la date d'exigibilité à deux ans de l'accident (19 juin 2022), sur la base d'une approche apparemment purement empirique, se contentant d'indiquer, dans son complément du 6 novembre 2023, que le SRDC pouvait être considéré comme stabilisé après deux ans. Le Dr AH. \_\_\_\_\_ a, pour sa part, été plus précis et concret, en tant qu'il a relevé que la stabilisation de l'algoneurodystrophie était intervenue au moment où les traitements à type de physiothérapie et d'ergothérapie avaient été interrompus, à savoir à la fin de l'année 2022 (cf. pp. 23 et 26 du rapport d'expertise du 21 juillet 2023). Ce dernier constat correspond d'ailleurs à celui opéré par le Dr BF. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 8 juin 2022, qui avait également fixé la stabilisation à la fin 2022, précisant encore qu'à la date de son rapport (soit en juin 2022), l'état médical ne permettait pas la reprise immédiate d'une activité professionnelle, à défaut pour le recourant d'être parvenu au terme de ses traitements, notamment sur les plans de la physiothérapie et de l'ergothérapie (cf. pp. 13-14 du rapport d'expertise du 8 juin 2022). A cet égard, on relèvera que les médecins de la BC. \_\_\_\_\_

avaient noté, dans leur rapport du 17 janvier 2022, que la situation n'était pas encore stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, la poursuite d'un traitement d'ergothérapie et de physiothérapie pouvait permettre d'améliorer les douleurs et l'intégration de la main droite, d'améliorer la force et l'endurance du membre supérieur droit. Quant à Generali, elle a indiqué, dans ses décisions des 6 décembre 2022 et 18 juin 2024, que l'état de santé pouvait être considéré comme stabilisé au 31 décembre 2022.

Dans ce contexte, il convient de retenir que le recourant a retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> janvier 2023.

**f)** Pour le reste des atteintes somatiques, l'experte AE. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de capsulite de l'épaule droite et d'ostéonécrose au niveau du talus de la cheville gauche, avec étirement du nerf sciatique poplité externe du nerf fibulaire superficiel au niveau de la cheville gauche.

**aa)** Le recourant s'étonne que le diagnostic de capsulite de l'épaule gauche n'ait pas eu de répercussion sur la capacité de travail estimée. L'experte AE. \_\_\_\_\_ a toutefois mentionné, dans son complément du 6 novembre 2023, que les limitations fonctionnelles retenues pour l'épaule droite, à savoir une activité n'impliquant ni le port de charges supérieures à 5 kg, ni le travail au-delà de l'horizontal, ainsi que celles en lien avec la cheville gauche, soit une activité n'impliquant pas de station debout prolongée, pas l'utilisation d'échelles ou d'escaliers, ni le port de charges supérieures à 5 kg, ne changeaient rien à la capacité de travail depuis juin 2020.

**bb)** Le recourant se prévaut d'un rapport du 26 novembre 2024 du Dr CC. \_\_\_\_\_, selon lequel sa capacité de travail dans l'activité habituelle est nulle et de 30 % dans une activité adaptée. Il fait aussi valoir l'existence d'un syndrome douloureux régional complexe, écarté par les experts et le SMR, mais confirmé par scintigraphie du 17 décembre 2021,

par les médecins de la BC. \_\_\_\_\_ en 2022, par le Dr CC. \_\_\_\_\_ et par la DC. \_\_\_\_\_ (cf. rapports des 17 janvier 2022, 26 et 29 novembre 2024).

Dans son rapport du 26 novembre 2024, le Dr CC. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie ainsi qu'en médecine psychique et rééducation, a indiqué avoir observé des éléments évoquant un syndrome douloureux régional complexe (SDRC) persistant tant à la main droite qu'à la cheville gauche, le médecin ayant en particulier estimé que les critères diagnostiques de Budapest étaient encore réunis à la date de son rapport, pour chacune des articulations. Néanmoins, comme cela ressort de l'avis SMR du 29 janvier 2025, si ce diagnostic avait été initialement retenu au niveau de la main droite par les médecins ayant suivi l'assuré (cf. rapport du 7 juillet 2021 du médecin-conseil LAA, rapport du 17 janvier 2022 des médecins de la BC. \_\_\_\_\_, rapport du 30 juin 2021 de la Dre K. \_\_\_\_\_), aucun des deux experts orthopédistes n'a retenu, en juillet 2023, la persistance de ce diagnostic dans leurs expertises respectives (cf. p. 33 du rapport d'expertise du 13 septembre 2023), le Dr AH. \_\_\_\_\_ ayant indiqué, sur la base d'un status clinique détaillé, ne plus avoir de signes francs en faveur de ce diagnostic (cf. pp. 22-23 du rapport d'expertise du Dr AH. \_\_\_\_\_ du 21 juillet 2023). L'experte AE. \_\_\_\_\_ a encore précisé, dans son complément du 6 novembre 2023, qu'il n'y avait pas de signes d'hypersudation, de chaleur ou de troubles vasculaires. Le Dr BF. \_\_\_\_\_ avait d'ailleurs indiqué, dans son rapport du 8 juin 2022, qu'une algoneurodystrophie ne pouvait être ni confirmée, ni infirmée par la scintigraphie osseuse du 17 décembre 2021. Cela étant, le Dr CC. \_\_\_\_\_ ne fournit, pour sa part, aucun status orthopédique ni rhumatologique détaillé pour étayer sa position, son status se limitant à l'énumération des critères de Budapest, et à un status neurologique d'octobre 2023, qui était par ailleurs présenté comme sans particularité. On notera ici que la CB. \_\_\_\_\_ avait indiqué, dans son rapport du 7 septembre 2023, qu'il n'y avait pas de trouble neurologique. Quant aux limitations fonctionnelles que le Dr CC. \_\_\_\_\_ décrit dans son rapport, elles sont relativement superposables à celles déjà retenues sur la base des expertises évoquées ci-avant. De même, s'agissant du profil de l'activité adaptée évoquée par le Dr CC. \_\_\_\_\_ (« activité administrative », avec utilisation d'un clavier), il

n'y a pas de raison de penser qu'il puisse s'agir d'une activité effectivement adaptée en raison de son atteinte à la main droite.

S'agissant du rapport de la Dre DC.\_\_\_\_\_, chirurgienne-orthopédiste, du 29 novembre 2024, il n'apporte pas non plus d'éléments nouveaux qui témoigneraient d'une aggravation de l'état de la cheville gauche, par rapport à l'expertise de juillet 2023. Ce médecin ne retient du reste pas clairement le diagnostic de SDRC, indiquant seulement une suspicion de CRPS, et se bornant à indiquer que la symptomatologie de la cheville gauche « pourrait correspondre », ce qui est insuffisant pour poser le diagnostic de SDRC (cf. avis SMR du 29 janvier 2025).

**g)** En définitive, il convient de suivre les conclusions de l'expert psychiatre BP.\_\_\_\_\_, qui ne retient aucun diagnostic incapacitant sur le plan psychiatrique. Du point de vue somatique, il faut retenir une capacité de travail de 100 % exigible depuis la fin de l'année 2022, avec une diminution de rendement de 15 %, telle que retenue par le Dr AH.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 21 juillet 2023. Il sied également de prendre en considération les limitations fonctionnelles décrites par le Dr AH.\_\_\_\_\_ relatives à la main droite, à savoir une activité privilégiant la pince pouce/index avec peu de force du côté droit ou une activité purement mono-manuelle du côté gauche. Pour les autres atteintes somatiques, à savoir l'atteinte à la cheville gauche et à l'épaule droite, les limitations fonctionnelles à retenir sont celles mentionnées par le SMR dans son avis du 23 novembre 2023, sur la base de l'expertise du 13 septembre 2023 et son complément du 6 novembre 2023, à savoir pas de station debout prolongée, pas d'échelles, ni d'escaliers, pas de port de charges de plus de 5 kg et pas de travail au-delà du plan horizontal.

**7.** Il reste à procéder à l'évaluation du taux d'invalidité du recourant eu égard aux revenus qu'il est susceptible de réaliser avec et sans invalidité.

**a)** 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).

**b)** 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 8C\_659/2022 & 8C\_707/2022 du 2 mai 2023 consid. 4.2.1 et les références citées).

**c)** 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).

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, 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).

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).

**d)** La notion de marché du travail équilibré, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-accidents. Elle 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 (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b).

D'après la jurisprudence, il n'y a pas lieu de poser des exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain (ATF 138 V 457 consid. 3.1; TF 9C\_830/2007 du 29 juillet 2008 consid. 5.1, in SVR 2008 IV n° 62 p. 203 ss), au regard en particulier des postes permettant l'exécution de travaux peu exigeants du point de vue physique et sous l'angle des qualifications ou connaissances professionnelles requises. Restent ainsi exigibles une activité ou un poste de travail qui requièrent une certaine obligeance de la part de l'employeur, le marché du travail équilibré comprenant aussi de telles places de travail, dites "de niche" (TF 8C\_910/2015 du 19 mai 2016 consid. 4.2.1, in SVR 2016 IV n° 58 p. 190).

La jurisprudence a par ailleurs admis que les possibilités d'obtenir un emploi sur un marché du travail équilibré sont suffisamment concrétisées dans la mesure où entrent en considération, comme exemples d'activités exigibles, des travaux simples de surveillance ou de contrôle, l'utilisation et la surveillance de machines (semi-) automatiques ou d'unités

de production, ainsi que l'activité de surveillant de musée ou de parking (cf. TF 8C\_134/2020 du 29 avril 2020 consid. 4.5 ; TF 8C\_695/2015 du 19 novembre 2015 consid. 4.2; TF 8C\_25/2012 du 3 juillet 2012 consid. 4.2 ; Margit Moser-Szeless, in Commentaire romand LPGA, 2<sup>e</sup> éd., 2025, n° 23 ad art. 7 LPGA).

Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché du travail équilibré lorsque, notamment, l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 8C\_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 ; TF 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2; TF 9C\_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2 et les références). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs étrangers à l'invalidité, par exemple de facteurs psychosociaux ou socioculturels (TF 8C\_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 5.4 ; TF 8C\_303/2018 du 26 novembre 2018 consid. 5.1).

Le Tribunal fédéral a confirmé à plusieurs reprises l'application du niveau de qualification 4 (jusqu'à l'ESS 2010) ou de compétences 1 (dès l'ESS 2012) pour déterminer le revenu exigible dans des activités mono-manuelles légères. Pour des personnes considérées comme mono-manuelles et limitées à des activités légères, il existe suffisamment de possibilités d'emploi dans un marché équilibré du travail (cf. TF 8C\_772/2020 du 9 juillet 2022 consid. 5.6; TF 8C\_134/2020 du 29 avril 2020 consid. 4.5).

On soulignera encore que la notion de « marché du travail équilibré » est certes théorique et abstraite mais qu'elle est néanmoins inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA. Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail – ce qui

revient à l'assurance-chômage -, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (cf. TF 8C\_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

**e)** 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'invalidé 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).

**f)** Selon l'art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI - dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 décembre 2023 -, édicté sur la base de l'art. 28a al. 1 LAI, si du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1<sup>bis</sup> RAI ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50 % ou moins, une déduction de 10 % pour le travail à temps partiel est opéré sur la valeur statistique.

Le Tribunal fédéral a estimé que cette disposition réglementaire était contraire au système légal et que, lorsque le revenu avec invalidité est déterminé sur la base de données statistiques, il convient d'examiner également la pertinence d'un éventuel abattement dû à l'atteinte à la santé conformément à la jurisprudence en vigueur avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022 (ATF 150 V 410 consid. 9 et 10). Il y a lieu, en ce sens, de tenir compte de facteurs liés à la personne assurée susceptibles de réduire ses perspectives salariales, tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Sur la base d'une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé, la jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au plus (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75 consid. 5b/bb-cc), ce y compris l'éventuelle déduction de 10 % pour le travail à temps partiel (lettre circulaire AI n° 445 du 26 août 2024 de l'Office fédéral des assurances sociales).

**g)** Selon l'art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2024, édicté sur la base de l'art. 28a al. 1 LAI, une déduction de 10 % est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2.

**8.** En l'espèce, le recourant s'est trouvé en incapacité totale de travail jusqu'à la fin de l'année 2022, avant de retrouver une pleine capacité de travail, dès le mois de janvier 2023 (cf. consid. 6 *supra*). Il convient ainsi de déterminer son degré d'invalidité dès cette date.

**a)** Pour le revenu sans invalidité, l'OAI s'est basé sur le montant du salaire perçu par le recourant en 2020, à savoir un salaire horaire de 25 fr. de l'heure, qu'elle a multiplié par 49 heures de travail par semaine, puis par 13 mois. Le nombre d'heures hebdomadaires peut être confirmé, dès lors qu'il ressort d'une note interne du 26 juin 2020, du rapport de visite du 1<sup>er</sup> juillet 2020 de Generali et de la fiche de salaire du recourant du 25 au 30 mai 2020 de C.\_\_\_\_\_. En revanche, le tarif horaire de 25 fr. ne peut pas être retenu tel quel. En effet, dans le cas où, comme en l'espèce, le salaire horaire comprend une indemnité pour les vacances (cf. déclaration d'accident du 22 juin 2020 et fiches de salaire des mois de mai et juin 2020), il convient, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière (cf. TF 9C\_249/2020 du 3 décembre 2020 consid. 5.1), de déduire du temps de travail annuel les jours correspondant aux vacances avant d'ajouter un supplément de 8,33 % pour tenir compte du 13<sup>e</sup> salaire. S'agissant des jours fériés, ils ne seront pas pris en compte, dès lors qu'il n'est pas établi que ceux-ci constitueraient un pourcentage du salaire horaire, les fiches de salaire de C.\_\_\_\_\_ indiquant un forfait de 25 francs. Par conséquent, il y a lieu de calculer le revenu sans invalidité comme suit : le supplément de vacances de 2 fr. 66, soit 10,64 % du salaire de base (2 fr. 66 : 25 fr. x 100), équivaut à 5,53 semaines de vacances (52 x 10,64 %) ou 27,65 jours (5,53 x 5). En 2020, le recourant aurait pu travailler 232,35 jours ([52 x 5] - 27,65). A raison de 9,8 heures (9 h et 48 min.) de travail par jour payées à hauteur de 27 fr. 66 (25 fr. + 2 fr. 66) par heure, cela correspond à une rémunération annuelle de 62'982 fr. 64 (27 fr. 66 x 9,8 x 232,35), auquel on ajoute le 13<sup>e</sup> salaire (62'982 fr. 64 : 12 x 13), pour arriver

à un montant de 68'231 fr. 20. Il reste encore à indexer ce montant à 2023 (- 0,7 % en 2021, + 1,1 % en 2022 et + 1,7 % en 2023), pour obtenir un revenu sans invalidité de 69'663 fr. 35.

Au moment de son accident, le recourant bénéficiait également d'un contrat de travail de durée indéterminée auprès d'E. \_\_\_\_\_ SA depuis le mois de janvier 2020, à raison de 12.50 heures par semaine pour un salaire de 19 fr. 25 (cf. fiches de salaire de mars à mai 2020 et Convention collective de travail pour le secteur du nettoyage en bâtiment pour la Suisse romande 2018-2021). Il y a lieu de prendre en compte ce salaire dans le calcul du revenu sans invalidité, dès lors qu'il n'est en rien déterminant que cette activité a été reprise par son épouse à la suite de son incapacité de travail en juin 2020. Seul compte le fait qu'il travaillait effectivement pour E. \_\_\_\_\_ SA à la date de la survenance de son incapacité. Ainsi, il convient d'effectuer le calcul suivant pour 2023, sur la base d'un salaire horaire de 20 fr., comme cela ressort de la grille des salaires 2023 de la CCT : le supplément de vacances de 1 fr. 66, soit 8,33 % du salaire de base (1 fr. 66 : 20 fr. x 100), équivaut à 4,33 semaines de vacances (52 x 8,33 %) ou 21,65 jours (4,33 x 5). En 2023, le recourant aurait pu travailler 238,35 jours ([52 x 5] - 21,65). A raison de 2,5 heures (2 heures et 30 min.) de travail par jour payées à hauteur de 21 fr. 66 (20 fr. + 1 fr. 66) par heure, cela correspond à une rémunération annuelle de 12'906 fr. 65 (21 fr. 66 x 2,5 x 238,35), auquel on ajoute le 13<sup>e</sup> salaire (12'906 fr. 65 : 12 x 13), pour arriver à un montant de 13'982 fr. 20.

Au total, le revenu sans invalidité se monte à 83'645 fr. 55 (69'663 fr. 35 + 13'982 fr. 20).

**b) aa)** Pour le revenu avec invalidité, l'OAI s'est référé à l'ESS 2020 et a ainsi pris en compte le salaire de référence pour des hommes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), niveau de compétence 1, compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises de 41,7 heures (cf. tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique », établi par l'Office fédéral de la statistique). Si l'ESS 2022, publié le 29 mai

2024, n'était pas encore disponible au moment l'OAI a effectué le calcul, il convient d'en tenir compte ici. Ainsi, le salaire d'invalidité doit être calculé de la manière suivante : 5'305 fr. par mois, à raison de 41.7 heures/semaine, indexé de 1,7 % pour 2023, soit 67'493 fr. 75.

**bb)** De ce montant il convient de retrancher 15 % de diminution de rendement retenu par le Dr AH. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 21 juillet 2023, si bien que le revenu d'invalidé se monte, à ce stade, à 57'369 fr. 70.

**cc)** Le recourant fait valoir qu'une déduction supplémentaire de 25 % doit être appliquée, en se référant à la décision de Generali du 18 juin 2024. Selon lui, les perspectives de retrouver un emploi tenant compte de ses limitations fonctionnelles et sa situation personnelle, à savoir son âge (50 ans), son absence de formation et sa mauvaise maîtrise du français seraient manifestement illusoires. Il convient d'examiner la pertinence d'un éventuel abattement dû à l'atteinte à la santé ou aux circonstances du cas d'espèce à la lumière de la jurisprudence en vigueur avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022 (cf. ATF 150 V 410 consid. 9 et 10 ; cf. également consid. 7f *supra*).

En l'occurrence, le recourant était âgé de 48 ans au moment où il a été constaté qu'il était médicalement exigible qu'il exerce une activité lucrative (cf. TF 8C\_240/2021 du 15 septembre 2021 consid. 3), de sorte qu'il n'avait pas encore atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré, à savoir autour des 60 ans (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.1 et 3.3 ; TF 9C\_195/2019 du 11 juin 2019 ; TF 9C\_774/2017 consid. 5.3).

S'agissant de l'absence de formation et d'expérience du recourant, ces éléments ne constituent pas un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales. En effet, les activités adaptées envisagées, simples et répétitives de niveau de compétence 1, ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique, tout nouveau travail allant d'ailleurs de pair avec une période de formation initiale, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (cf.

TF 8C\_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). Le niveau de compétence 1 de l'ESS ne nécessite par ailleurs pas, selon la jurisprudence fédérale constante (TF 8C\_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 4.3.4 et les références citées), une bonne maîtrise d'une langue nationale, si bien que le niveau de français du recourant, quel qu'il soit, n'entre pas en considération dans la fixation du taux d'abattement. On notera quand même ici que le recourant est capable de comprendre le français et de se faire comprendre (cf. rapports de D. \_\_\_\_\_ des 26 octobre et 15 décembre 2020). Quant à l'argument du recourant, selon lequel le fait que sa capacité de travail résiduelle ne serait pas exploitable dans le marché primaire de l'emploi était confirmé par la DGEM dans son courrier du 28 octobre 2024, il tombe à faux, dès lors qu'il y a lieu de se fier aux données médicales qui l'emportent en principe sur les observations faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle. En effet, ces observations sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée (TF 9C\_762/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.3.1, TF 9C\_83/2013 et 9C\_104/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2).

Il y a en revanche lieu de tenir compte des limitations fonctionnelles résultant de l'atteinte à la santé du recourant. Si ces limitations ont déjà été prises en compte dans la baisse de rendement de 15 %, il faut toutefois relever que le Dr AH. \_\_\_\_\_ a accordé cette baisse pour permettre au recourant de faire des pauses plus régulières et plus longues en raison de l'existence d'une allodynie persistante au niveau des 3 et 4<sup>e</sup> doigts de la main droite. Il y a en l'occurrence également lieu de tenir compte du fait que le recourant ne peut utiliser sa main droite, qui est sa main dominante, que de manière très partielle, restreignant considérablement le genre d'activités envisageables. En particulier, les activités proposées par l'OAI dans le domaine industriel léger, tel que les montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères et ouvrier dans le conditionnement, comme opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autres) ne semblent pas indiquées, eu égard aux difficultés de manutention et à la limitation des efforts répétitifs des membres supérieurs du recourant. Ces éléments conduiront

vraisemblablement à des désavantages salariaux qui ne sauraient être ignorés et justifient un abattement (cf. TF 8C\_312/2011 du 8 septembre 2011 consid. 5.2 cité par Valterio, op. cit., n° 86 ad art. 28a LAI, retenant un abattement en cas d'une limitation notable des fonctions de la main rendant difficile l'exploitation de la capacité de travail dans des travaux manuels proprement dits). Il faut toutefois également prendre en compte que la jurisprudence fédérale retient que, dans le cas d'une personne mono-manuelle il existe suffisamment de possibilités d'emploi dans un marché équilibré du travail (cf. consid. 7d *supra*), telles que les tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle (TF 9C\_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.3). A cet égard, on peut citer le travail de bureau sans l'utilisation du membre supérieur droit (cf. rapport du 8 septembre 2021 de la Dre N.\_\_\_\_\_), l'activité d'opérateur téléphonique dans un centre d'appels (cf. décision de Generali du 6 décembre 2022) ou celles de surveillance ou d'atelier (cf. rapport du 21 juillet 2023 du Dr AH.\_\_\_\_\_). On retiendra également que le recourant peut quand même utiliser partiellement sa main droite, comme cela ressort du rapport du 8 juin 2022 du Dr BF.\_\_\_\_\_, qui a observé que le recourant utilisait le pouce et l'index droit pour fouiller dans ses affaires (cf. p. 5 du rapport d'expertise du 8 juin 2022), tandis que le Dr AH.\_\_\_\_\_ a mentionné que le recourant avait été capable, à deux reprises durant son entretien, de saisir son sac à dos de sa main droite et de le positionner rapidement sur son épaule droite (cf. pp. 19 et 23 du rapport d'expertise du 21 juillet 2023). Ce médecin a également noté que le recourant disposait d'une certaine force résiduelle et de proprioception. Quant au rapport du 17 janvier 2022 de la BC.\_\_\_\_\_, il est indiqué que le recourant était autonome dans les activités de la vie quotidienne. Compte tenu de ces différents éléments, un abattement de 10 % doit être retenu (cf. TF 8C\_587/2019 du 30 octobre 2019 consid. 7.3 ; TF 8C\_383/2020 du 21 septembre 2020 consid. 4.2.2 et les références citées).

En définitive, il convient de retrancher 10 % au revenu d'invalidé, si bien que le revenu d'invalidé se monte, à ce stade, à 51'632 fr. 75 (57'369 fr. 70 - 10 %).

**c)** Si l'on compare le revenu sans invalidité avec le revenu avec invalidité, le degré d'invalidité se monte à 38,27 %, ( $[83'645 \text{ fr. } 55 - 51'632 \text{ fr. } 75] : 83'645 \text{ fr. } 55 \times 100$ ), arrondi à 38 % (cf. ATF 130 V 121), ce qui est insuffisant pour ouvrir au recourant le droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28 ss LAI).

**d)** Pour la période postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2024, l'OAI a procédé à un nouveau calcul du degré d'invalidité en prenant en compte la modification du RAI et en appliquant une déduction de 10 %. En l'occurrence, le présent arrêt retient que le degré d'invalidité aurait déjà dû être calculé, au 1<sup>er</sup> avril 2023, en tenant compte d'une baisse de rendement de 15 % et d'une déduction de 10 % en lien avec les limitations fonctionnelles du recourant. Or, cette déduction de 10 % correspond précisément à celle qui est prévue par l'art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2024.

**aa)** S'agissant du revenu sans invalidité, à défaut de renseignement de l'ancien employeur du recourant sur le salaire qu'il aurait perçu en 2024, il convient de prendre en compte le salaire calculé pour 2023, à savoir un montant de 69'663 fr. 35 et de l'indexer à 2024. En tenant compte d'une augmentation des salaires nominaux pour les hommes de 1,2 % en 2024 (cf. tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2024 »), le revenu sans invalidité de 2024 s'élève à 70'449 fr. 30.

Pour le revenu réalisé auprès d'E. \_\_\_\_\_ SA, il y a lieu de prendre en compte le salaire prévu par la grille des salaires 2024 de la CCT, à savoir 20 fr. 25. Ainsi, le supplément de vacances de 1 fr. 66, soit 8,33 % du salaire de base ( $1 \text{ fr. } 68 : 20 \text{ fr. } 25 \times 100$ ), équivaut à 4,33 semaines de vacances ( $52 \times 8,33 \%$ ) ou 21,65 jours ( $4,33 \times 5$ ). En 2024, le recourant aurait pu travailler 238,35 jours ( $[52 \times 5] - 21,65$ ). A raison de 2,5 heures (2 h et 30 min.) de travail par jour payées à hauteur de 21 fr. 93 (20 fr. 25 + 1 fr. 68) par heure, cela correspond à une rémunération annuelle de 13'067 fr. 53 ( $21 \text{ fr. } 93 \times 2,5 \times 238,35$ ), auquel on ajoute le 13<sup>e</sup> salaire (13'067 fr. 53 :  $12 \times 13$ ), pour arriver à un montant de 14'156 fr. 50.

Au total, le revenu sans invalidité se monte à 84'605 fr. 80 (70'449 fr. 30 + 14'156 fr. 50).

**bb)** Pour le revenu d'invalidé, il convient d'indexer à 2024 le montant retenu en 2023 de 51'632 fr. 75, à savoir de 1,2 % (cf. tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2024 »), pour obtenir un revenu d'invalidé de 52'252 fr. 30.

**cc)** Si l'on compare le revenu sans invalidité avec le revenu avec invalidité, le degré d'invalidité se monte à  $[84'605 \text{ fr. } 80 - 52'252 \text{ fr. } 30 : 84'605 \text{ fr. } 80 \times 100 =]$  38,24 %, arrondi à 38 % (cf. ATF 130 V 121), ce qui est insuffisant pour ouvrir au recourant le droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28 ss LAI).

**dd)** Cela posé, en tant que le taux retenu de 38 % s'écarte de celui de 45 % retenu par la CNA, il y a tout au plus lieu de relever, par surabondance, que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité (ATF 133 V 549).

**e)** Compte tenu de ce qui précède, le droit à une rente entière est ouvert du 1<sup>er</sup> juin 2021 au 31 mars 2023, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de travail en décembre 2022 (cf. art. 88a al. 1 RAI), le degré d'invalidité de 38 % calculé dès le 1<sup>er</sup> janvier 2023 ne donnant, quant à lui, pas droit à une rente d'invalidité.

**9. a)** En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision rendue le 10 juillet 2024 réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin 2021 au 31 mars 2023. Le recours est rejeté pour le surplus.

**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. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'office intimé, qui succombe.

**c)** Le recourant obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision rendue le 10 juillet 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que B. \_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin 2021 au 31 mars 2023.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B. \_\_\_\_\_ un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Andres Perez (pour B. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

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).

La greffière :