

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 avril 2011

---

Présidence de        Mme    RÖTHENBACHER  
Juges     :        M.    Bidiville et Mme Moyard, assesseurs  
Greffier        :        M.    Germond

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Michel Chavanne,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6ss et 16 LPGA; 4 et 28 LAI; 88a al. 1 RAI**

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

**A.** Le 1<sup>er</sup> juin 2005, A. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1955, manœuvre dans le génie civil, a été victime d'un accident dans le cadre de son travail. Alors qu'il se trouvait à genoux, un véhicule lui a roulé sur le pied gauche. Une fracture de la malléole interne de la cheville gauche est diagnostiquée. Le 6 juin 2005, l'assuré a subi une réduction ouverte et une ostéosynthèse.

Le 9 août 2005, le Dr X. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint du service d'orthopédie et de traumatologie du [...] relate des douleurs résiduelles au niveau de la malléole interne et externe avec un œdème prononcé lors de la marche. La présence de ces douleurs résiduelles ressort également des rapports médicaux des 28 octobre 2005 et 11 janvier 2006 du Dr R. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint du service d'orthopédie et de traumatologie du [...]. A la suite d'un examen clinique réalisé par le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement pour l'agence lausannoise de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après: la CNA), au vu de la symptomatologie douloureuse, l'assuré a été adressé pour une consultation préalable au Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin associé à l'Hôpital orthopédique de la [...] à [...] afin d'obtenir un avis thérapeutique précisant le type de lésion astragaliennne. Suite à un examen clinique du 14 mars 2006 ainsi qu'à un Ct-scan de la cheville gauche du 20 mars 2006, le Dr C. \_\_\_\_\_ a conclu à l'existence d'une lésion post-traumatique de l'astragale (lésion ostéochondrale du dôme italien en partie centrale, sans fragment libre). Suite à un séjour de l'assuré du 19 avril au 31 mai 2006 à la Clinique romande de réadaptation (CRR) de la CNA à Sion, un rapport médical du 5 juillet 2006 des Drs Q. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en réhabilitation et en chirurgie orthopédique, et E. \_\_\_\_\_, médecin-assistante au service de réadaptation générale, explique en substance que malgré une évolution très favorable durant le séjour, la situation n'est pas stabilisée et qu'il est par conséquent trop tôt pour tester les capacités fonctionnelles de

l'assuré, la reprise d'une activité sur les chantiers semblant compromise. Les spécialistes proposent une poursuite de la rééducation en ambulatoire. L'incapacité de travail de l'assuré dans sa dernière profession est réputée totale du 1<sup>er</sup> juin au 30 juin 2006.

Dans un rapport médical du 28 septembre 2006, consécutif à un examen clinique de l'assuré, le Dr V. \_\_\_\_\_ s'est exprimé en ces termes:

"On se trouve chez ce manœuvre d'origine albanaise, né en 1955, à bientôt 16 mois d'une fracture de la malléole interne ostéosynthésée dans le décours de laquelle va se révéler une lésion ostéochondrale astragaliennne. Cette lésion astragaliennne fait pour l'instant l'objet d'un suivi clinique et radiologique et on n'a pour l'instant pas retenu d'indication chirurgicale.

Il subsiste une symptomatologie douloureuse plus ou moins permanente de la cheville qui limite la marche.

Une annonce à l'AI en vue d'un reclassement professionnel a été suggéré à l'issue d'un séjour récent à la CRR.

Le tableau radio-clinique de ce jour est celui d'une limitation fonctionnelle douloureuse de la cheville sur status après de la malléole interne consolidée (matériel d'ostéosynthèse toujours en place) et d'une lésion ostéo-chondrale astragaliennne encore évolutive si l'on se base sur les radiographies faites ce jour à l'Institut [...].

Bien que la situation ne nous paraisse pas pour l'instant suffisamment stabilisée pour permettre la liquidation assécurologique du cas, le retour vers une pleine capacité de travail dans les travaux de chantier reste à notre avis tout à fait aléatoire, ce qui justifierait d'annoncer d'ores et déjà ce cas à l'Assurance-Invalidité en vue d'un reclassement professionnel. En attendant nous avons proposé à l'assuré de reprendre contact avec le Dr C. \_\_\_\_\_ à qui nous adressons une copie du présent rapport ainsi que le dossier radiologique."

Le 3 octobre 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes sous la forme d'une orientation professionnelle ainsi que d'un reclassement dans une nouvelle profession. Précisant disposer de chaussures orthopédiques depuis le 11 juin 2005, il indiquait souffrir d'une fracture de la malléole interne de la cheville gauche après ostéosynthèse.

Dans un rapport médical du 17 octobre 2006 adressé au médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr C. \_\_\_\_\_ a relevé que l'idée

d'un reclassement professionnel semblait adéquat dans la mesure où même après plusieurs mois supplémentaires de physiothérapie et d'attente, l'assuré ne pouvait reprendre un travail physique lourd. Ce médecin a souligné que les moyens orthopédiques conservateurs adaptés à la CRR lui paraissaient tout à fait adéquats. Il suggérait en revanche une consultation d'antalgie auprès de spécialistes du [...].

Dans un rapport médical du 20 octobre 2006, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine du travail et médecin traitant, a mentionné une incapacité de travail totale dès le 1<sup>er</sup> juin 2005 relevant que l'activité exercée précédemment n'était plus possible mais qu'il était possible d'exiger de l'assuré l'exercice d'une autre activité sans charge sur la cheville affectée, sans déplacements sur sol irrégulier ou en pente ou parcours à pied, travail en hauteur (sur une échelle), sans alternance entre les positions assis/debout/marche et sans nécessité de positions à genoux ou accroupie.

Dans un rapport d'examen médical final du 5 juin 2007 adressé à la CNA, le Dr Crespo (médecin d'arrondissement), suite à l'examen clinique de l'assuré, s'est exprimé en ces termes:

"Appréciation du cas:

On se trouve, chez ce manoeuvre albanais né en 1955, à 2 ans d'un accident s'étant soldé par une fracture malléolaire interne traitée chirurgicalement.

Malgré la consolidation radiologique dans les délais habituels, l'évolution va s'avérer difficile avec persistance de troubles douloureux de la cheville et du pied, rebelles à diverses mesures thérapeutiques et qui perdurent à ce jour.

Les douleurs seraient plus ou moins continues et accentuées par la marche, en particulier en terrain irrégulier. Le périmètre de marche à plat serait d'environ ½ heure, au-delà de laquelle les sensations de chaleur et les douleurs l'obligeraient à s'arrêter.

A l'examen, on constate une discrète boiterie gauche. On objective une diminution des périmètres du mollet à gauche ainsi qu'une légère limitation de la fonction articulaire de la cheville. Radiologiquement, la fracture malléolaire est parfaitement consolidée. Le matériel d'ostéosynthèse est encore en place. A noter la persistance de signes d'une ostéochondrose astragienne sans diminution de l'espace articulaire tibioastragalien.

Dans l'état, nous ne voyons pas de traitement susceptible d'améliorer de façon notable la situation actuelle bien que l'on puisse encore s'attendre à une légère amélioration spontanée à moyen terme.

On admettra un suivi médical espacé de l'évolution à long terme ainsi que la prescription de mesures symptomatiques (antalgiques) et le renouvellement de chaussures adaptées munies d'une talonnette amortissante que nous prescrivons ce jour.

Il convient de relancer d'ores et déjà le processus de reclassement professionnel par l'Assurance Invalidité, le retour à une pleine capacité dans une activité de chantier nous paraissant tout à fait aléatoire.

Cet assuré pourrait cependant mettre en valeur une pleine capacité dans toute activité sédentaire ou semi-sédentaire n'exigeant pas de déplacements prolongés ni de marche en terrain irrégulier. Il conviendra également de tenir compte dans une certaine mesure de la co-morbidité malade de la main droite (séquelles de cure de canal carpien) lors des mesures de reclassement. Nous précisons cependant que cette co-morbidité ne relève pas de la Suva [CNA]."

Par correspondance du 7 juin 2007, la CNA a informé l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) que les séquelles de l'accident s'étant stabilisées et l'assuré étant susceptible de bénéficier de mesures de réadaptation, il incombait à l'office précité d'examiner le droit à des indemnités journalières durant le délai d'attente au sens de l'art. 18 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201).

Interpellé par l'OAI, le dernier employeur de l'assuré a répondu par fax du 3 septembre 2004 que sans atteinte à la santé, l'assuré aurait perçu un revenu mensuel brut en 2007 de 5'244 fr. 80 servi treize fois l'an sans gratification supplémentaire de sorte que le revenu annuel hypothétique sans invalidité pour 2007 était de 68'182 fr. 40 (5'244 fr. 80 x 13).

Par décision du 2 octobre 2007, l'OAI a octroyé une aide au placement à l'assuré. Le 5 février 2008, il a été mis un terme à cette mesure avec l'accord de l'assuré.

Par décision du 14 mars 2008, la CNA a alloué à l'assuré dès le 1<sup>er</sup> février 2008, compte tenu des séquelles accidentelles, une rente d'invalidité de 13% basée sur un gain annuel assuré de 63'153 fr. ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7,5%, à savoir un montant annuel de 8'010 francs (106'800 fr. x 7,5 / 100). Selon décision sur

opposition du 6 mai 2008, la CNA a confirmé sa décision précitée et rejeté l'opposition de l'assuré.

Par communication du 28 avril 2008, l'OAI a informé que selon demande de l'assuré du 16 avril 2008, l'aide au placement était à nouveau fournie.

L'assuré a transmis le 28 mai 2008 à l'OAI, un rapport médical établi le même jour par le Dr Crevoisier suite à une consultation, dont il ressort en particulier ce qui suit:

"[...]

Examen clinique

L'arrière-pied reste bien axé, la fonction est limitée à 20/0/0 de F/E de la cheville, l'hyperextension est douloureuse en talo-crural antérieur. Des douleurs sont présentes également dans la sous-talienne avec des mouvements d'inversion et d'éversion. De manière étonnante, la percussion du péroné est très douloureuse. Absence de douleurs sur le trajet des tendons péroniers. En revanche il existe toujours une douleur à la palpation distale du tendon d'Achille.

Bilan radiologique

Par rapport aux clichés d'octobre 2006 il n'y a pas d'accentuation des altérations à l'endroit de la cheville, en revanche l'arthrose sous-talienne a discrètement progressé avec accentuation de la sclérose sous-chondrale et des marges ostéophytaires.

[...]

Sur le plan du travail, il est clair que l'incapacité de travail à 100% comme maçon sera prolongée de manière définitive. En revanche le patient pourrait tout à fait être capable d'exercer une activité à 100% si elle était essentiellement sédentaire et à 50% si elle comportait également de courts déplacements. [...]"

Selon le document intitulé "Note 1<sup>er</sup> entretien placement" de l'OAI du 2 juin 2008, l'assuré a indiqué s'être inscrit au chômage au motif qu'il ne percevait plus d'indemnités LAA. Il a par conséquent été mis un terme vers la mi-juillet 2008 à la mesure d'aide au placement octroyée par l'OAI à la fin avril 2008, ceci en raison de la prise en charge du cas par l'assureur chômage.

**B.** Par projet de décision du 16 juillet 2008, l'OAI a préavisé dans le sens du droit de son assuré à une rente AI entière à partir du 1<sup>er</sup> juin 2006 jusqu'au 30 septembre 2007, précisant qu'après cette dernière date,

le taux d'invalidité déterminant étant inférieur à 40%, il ne donnait plus droit à la rente.

Par lettre du 18 août 2008 de son avocat, l'assuré a fait savoir qu'un recours avait été déposé contre la décision sur opposition rendue le 6 mai 2008 par la CNA.

Le 5 novembre 2008, l'assuré a fait part de ses objections sur le projet de décision de l'OAI. Avançant une aggravation de son état de santé postérieure au dernier examen médical auquel il s'était soumis (à savoir, l'examen clinique du Dr V. \_\_\_\_\_ [médecin d'arrondissement de la CNA] du 5 juin 2007) et compte tenu des divergences au dossier (cf. le rapport médical du 28 mai 2008 établi par le Dr C. \_\_\_\_\_), il requérait la mise en œuvre par l'OAI d'un nouvel examen médical afin d'évaluer son état de santé actuel. Sur la base de pièces annexées à ses objections, l'assuré a requis un nouveau calcul de ses revenus sans et avec invalidité dans le but d'une détermination correcte de son taux d'invalidité. Il contestait finalement le taux d'abattement de 15% retenu par l'OAI étant posé que dans son cas, seule la prise en compte d'une déduction de 20% sur le revenu d'invalidité était envisageable. A toutes fins utiles, il devait selon lui être précisé par l'OAI que, ne pouvant réaliser un revenu excluant un préjudice économique égal ou supérieur à 20%, son droit au reclassement professionnel lui était ouvert.

Dans un rapport du 18 décembre 2008 de la Dresse P. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive, établi suite à une consultation du 19 novembre 2008 et adressé au Dr J. \_\_\_\_\_ (médecin traitant), l'état de la main droite de l'assuré était décrit comme il suit:

"En ce qui concerne spécifiquement la main droite, le patient note une amélioration de ces deux dernières années et une limitation nette aux mouvements fins et une difficulté à tourner par exemple un tournevis.

L'examen clinique en ce qui concerne la main droite montre un signe de Tinel négatif, un Phalen négatif, la sensibilité est globalement inférieure à 10mm pour la discrimination entre deux points et la force musculaire est conservée. La trophicité de la pulpe des doigts est bonne.

[...]

En conclusion

Le patient est plus gêné par le problème orthopédique avec l'ancienne fracture de sa cheville gauche occasionnant des douleurs dans la cheville et le pied.

En ce qui concerne la capacité de travail, il n'y a pas lieu d'imaginer une amélioration quelconque par rapport à l'état actuel. Il n'y a donc pas lieu d'envisager un changement de l'incapacité de travail."

Dans un avis médical SMR du 22 décembre 2008, le Dr M. \_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint, s'est exprimé en ces termes:

"Le dernier rapport du Dr C. \_\_\_\_\_, orthopédiste au [...], confirme en tous points la position de la SUVA, et par conséquent la nôtre. A savoir: Il existe une incapacité de travail totale comme aide-maçon, et une pleine exigibilité dans une activité adaptée.

Nonobstant, l'assuré a fait recours contre la décision de la SUVA le 6.6.2008. L'OAI a formulé un projet de décision d'octroi de rente limitée dans le temps le 16.6. [recte: le 6.5.] 2008.

Le mandataire juridique nous fait part de son opposition le 5.11.2008. Son argumentation repose sur le fait que l'examen final de la SUVA date de juin 2007, et que l'état de santé de son client se serait péjoré.

Me Chavanne avoue sa perplexité sur ce que les Drs V. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ entendent par "sédentaire" et respectivement "semi-sédentaire". Il croit déceler une divergence d'opinion entre ces deux spécialistes, dès lors que le Dr C. \_\_\_\_\_ admet une capacité de travail de 50% seulement dans une activité semi-sédentaire.

Se fondant sur ces constatations, il réclame un nouvel examen médical de l'assuré par l'OAI.

Par sédentaire, on entend une activité "qui ne comporte ou n'exige pas de déplacements (Le Petit Larousse, Ed. 1996)". Ceci ne signifie pas pour autant que le sujet ne peut pas se déplacer. En effet, il reste capable de venir de son domicile sur son lieu de travail, d'emprunter les transports publics, de faire ses courses, de se rendre aux toilettes, etc. On doit comprendre par là que la tâche assignée à la personne ne doit pas nécessiter des déplacements répétitifs. Il existe nombre d'activités qui répondent à ces exigences (caissier, téléphoniste, réceptionniste, aide de bureau, travail léger à l'établi, etc.). Dans son rapport du 28.5.2008, le Dr C. \_\_\_\_\_ écrit que "le périmètre de marche se limite à une centaine de mètres".

Par déduction, une activité semi-sédentaire est une activité comportant ou n'exigeant que peu de déplacements, par opposition à une activité dans laquelle les déplacements sont importants. Dans le cas présent, on pourra donc convenir qu'une activité semi-sédentaire peut comporter des déplacements répétitifs inférieurs à 100 m.

Considérant ce qui précède, nous pouvons résumer notre position comme suit:

- IT de 100% dans l'activité précédemment exercée
- IT de 0% dans une activité adaptée (travail sédentaire)
- IT 50% dans une activité semi-sédentaire.

Nous pouvons répondre comme suit à vos questions [selon demande de l'OAI du 7 novembre 2008]:

- Un tel examen médical est-il justifié? Pour quelles raisons? Non, un examen médical complémentaire n'est pas justifié ni nécessaire. La controverse porte sur la définition de la sédentarité et de la semi-sédentarité, que je crois avoir expliqué ci-dessus.
- Existe-t-il des éléments médicaux nouveaux ou y'a-t-il aggravation de l'état de santé pour revenir sur notre position? Non, l'aggravation alléguée par Me Chavanne ne repose sur aucun élément médical. Nous n'avons donc pas à revenir sur notre décision. En revanche, la lecture du rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ a permis de compléter les limitations fonctionnelles dans le sens indiqué ci-dessus."

Le 14 janvier 2009 l'OAI a adressé à l'avocat de l'assuré, un courrier de motivation traitant l'ensemble des objections formulées le 5 novembre 2008 à l'envers de son projet de décision du 16 juillet 2008. Reprenant les conclusions de l'avis médical SMR précité, l'OAI a indiqué qu'un examen médical complémentaire n'était pas justifié et que l'aggravation des symptômes alléguée en l'espèce ne reposait en réalité sur aucun élément médical. S'agissant du calcul du revenu sans invalidité réalisable en 2007, suivant les précisions apportées à ce sujet par son assuré, l'OAI a considéré que ce revenu s'élevait à 68'182 fr. 40 (5'244 fr. 80 x 13) - et non à 60'259 fr. 55 tel que mentionné dans son projet. Partant après comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1), il en résultait un degré d'invalidité de 26.01% n'ouvrant ainsi pas de droit à l'octroi d'une rente. Concernant le taux d'abattement de 15% retenu, l'assureur social a souligné qu'au vu des circonstances d'espèce (assuré né en 1955, au bénéfice d'une autorisation de séjour de type C et d'une expérience professionnelle acquise en Suisse depuis de nombreuses années, sans aucune limitation liée à l'âge, à la nationalité, à la catégorie d'autorisation de séjour), ce pourcentage prenait correctement en considération les limitations liées au handicap. La réduction de 25% maximum est réservée dans des cas exceptionnels auxquels celui de l'assuré ne pouvait être assimilé. Pour terminer, le reclassement professionnel ne pouvait être considéré comme étant nécessité par l'invalidité dans la mesure où l'exercice d'une activité professionnelle restait possible malgré l'atteinte à la santé et sans que des mesures spécifiques ne s'imposent. L'OAI a indiqué qu'une décision formelle serait notifiée prochainement.

Par décision du 5 mars 2009, l'OAI a alloué à l'assuré une rente AI entière à partir du 1<sup>er</sup> juin 2006 jusqu'au 30 septembre 2007, précisant qu'après cette dernière date le taux d'invalidité déterminant était inférieur à 40% et ne donnait plus droit à la rente. L'OAI se référait expressément à son courrier du 14 janvier 2009.

**C.** Par écriture du 24 avril 2009, l'assuré recourt contre la décision rendue le 5 mars 2009 par l'OAI. Ses conclusions s'articulent comme il suit:

"Principalement

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 5 mars 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée dans le sens des motifs développés dans le présent recours.

Subsidiairement

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 5 mars 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour nouvelle décision dans le sens des motifs développés dans le présent recours."

Le recourant précise que dans l'éventualité où les motifs exposés dans son recours ne devaient suffire, il s'agirait alors, à titre de mesures d'instruction, de mettre en œuvre un nouvel examen médical afin d'évaluer son état de santé actuel.

En annexe à son écriture, le recourant produit en particulier un rapport d'évaluation de stage en ateliers de la Fondation L. \_\_\_\_\_ au [...] du 12 février 2009 relatif à un séjour effectué du 19 janvier au 13 février 2009. Selon appréciation du moniteur d'atelier et de la conseillère professionnelle, malgré une bonne motivation et une pleine implication dans ce stage, le rendement du recourant pour des activités simples est faible. Malgré l'adaptation du poste de travail, il ne peut maintenir son activité plus d'une demi-heure sans quitter son poste. Ils en concluent qu'un retour sur le marché du travail paraît peu probable.

Le recourant produit également un rapport médical intermédiaire établi le 20 avril 2009 par le Dr T.\_\_\_\_\_, médecin-chef du service d'anesthésiologie et antalgie de l'Hôpital de [...]. Selon cette pièce, ce médecin constate après examen du 6 avril 2009 que devant la résistance des douleurs aux différents traitements pratiqués jusqu'alors le recourant développe probablement un syndrome douloureux régional complexe (SDRC). Cette pièce médicale attesterait ainsi que la situation médicale du recourant a négativement évolué depuis le dernier examen médical effectué le 5 juin 2007 et que ses plaintes concernant ses douleurs de plus en plus insupportables seraient bien réelles.

Le 16 juin 2009, le recourant produit spontanément deux nouvelles pièces, à savoir:

- Un rapport médical du 12 mai 2009 du Dr T.\_\_\_\_\_ à teneur duquel les douleurs de la cheville et du pied gauche ne peuvent être sujets à traitement satisfaisant.
  
- Une lettre du 15 juin 2009 du Dr Michel Hack, spécialiste en médecine générale et en médecine du travail (médecin traitant), constatant l'inaptitude au travail définitive du recourant, à partir du 12 mai 2009.

Le 24 juin 2009, le recourant produit à nouveau spontanément une décision du 18 juin 2009 du Service de l'emploi, Instance juridique chômage à Lausanne, constatant son inaptitude au placement à compter du 12 mai 2009.

Par réponse du 7 juillet 2009, l'OAI confirme la décision attaquée et propose dès lors le rejet du recours.

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) et des exigences minimales prévues par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté selon écriture du 24 avril 2009 par A. \_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 5 mars 2009 par l'Office de l'assurance-

invalidité pour le canton de Vaud de sorte que le recours doit être considéré comme interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) compte tenu des fêtes judiciaires allant du 7<sup>ème</sup> jour avant Pâques au 7<sup>ème</sup> jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA).

**2.** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c et les références; cf. ég. TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009, consid. 2 et 9C\_197/2007 du 27 mars 2008, consid. 1.2).

En l'espèce, est d'abord litigieuse l'évaluation de la capacité de travail résiduelle du recourant, ce dernier estimant qu'en raison de l'évolution négative de sa situation médicale depuis juin 2007, il ne serait pas concevable de retenir – à l'opposé de l'appréciation théorique de l'OAI –, qu'il présente une pleine capacité de travail dans une activité sédentaire ou une capacité de travail de 50% dans une activité semi-sédentaire. Le recourant conteste ensuite le mode de calcul de son degré d'invalidité. A l'en croire, la décision attaquée se fonderait à tort sur les bases de 2007 (année de référence) alors que cette décision devait plutôt prendre comme base les revenus 2009. S'agissant de la détermination du revenu d'invalidé, le recourant soutient que les données statistiques retenues en l'espèce par l'intimé l'auraient été à tort. Au vu de la complexité de son cas, il n'était pas admissible pour l'intimé de se fixer sur des critères purement théoriques tels que ceux ressortant de l'Enquête Suisse sur les Salaires (ESS). Ceci d'autant que d'autres formes de calcul plus précises eussent été envisageables et ont par ailleurs été employées par la CNA (référence est ici faite, aux valeurs ressortant de cinq descriptions de postes [DPT] utilisées par la CNA pour l'évaluation de l'invalidité). Quant au taux d'abattement de 15% sur le revenu d'invalidé

pris en compte par l'OAI, il devrait être en réalité d'au moins de 20% compte tenu des limitations tant personnelles que professionnelles affectant le recourant (absence de formation, difficulté de maîtrise du français ainsi qu'une co-morbidité malade de la main droite).

**3. a)** Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Les faits survenus postérieurement, et qui modifient la situation de l'assuré, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b et 117 V 287 consid. 4; TF 9C\_537/2009 du 1<sup>er</sup> mars 2010, consid. 3.2 et 9C\_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4)

**b)** Le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007. Les modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>e</sup> révision de cette loi, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 doivent ainsi être prises en considération en l'espèce (ATF 130 V 455, voir également ATF 130 V 329). A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008 est entrée en vigueur la 5<sup>e</sup> révision de la LAI.

En tout état de cause, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité que ce soit sous l'empire de la 4<sup>e</sup> révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; TFA I 7/2005 du 17 mai 2005, consid. 2 et I 249/2004 du 6 septembre 2004, consid. 4) ou de la 5<sup>e</sup> révision de cette loi.

**4. a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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. L'art. 6 LPGA définit la notion d'incapacité de travail 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 gain de longue durée, l'activité exigible de sa part peut également relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 jusqu'au 31 décembre 2007, un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, laquelle disposition n'apporte aucun changement dans l'échelonnement précité).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; Pratique VSI 2/2002 p. 64 consid. 4b/cc; TF I 562/2006 du 25 juillet 2007, consid. 2.1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2). Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent ainsi sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation

professionnelle lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4; TFA I 762/2002 du 6 mai 2003, consid. 2, I 522/2000 du 22 mai 2001, consid. 2).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de 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 de l'expert 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 et la référence citée; TF 8C\_861/2009 du 20 avril 2010, consid. 3.1 et 9C\_813/2009 du 11 décembre 2009, consid. 2.1). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal Fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend également du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné (TF 8C\_420/2010 du 27 octobre 2010, consid. 4.3 et 8C\_65/2010 du 6 septembre 2010, consid. 3.1). L'administration et les tribunaux devant pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert, cela suppose des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou à tout le moins du médecin qui le vise (TF 8C\_65/2010 du 6 septembre 2010, consid. 3.1 et 9C\_53/2009 du 29 mai 2009, consid. 4.2 et les arrêts cités).

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait

qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF 9C\_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2 et I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C\_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4, 8C\_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3 et 9C\_289/2007 du 29 janvier 2008, consid. 4.2).

Il convient encore de préciser que, dans le domaine particulier des assurances sociales, le juge doit, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, rendre son arrêt suivant le principe probatoire de la vraisemblance prépondérante, principe selon lequel la simple possibilité d'un état de fait donné ne suffit pas à satisfaire aux exigences de preuves, le juge devant plutôt s'en tenir à la présentation des faits qu'il considère comme la plus vraisemblable parmi toutes les possibilités du cours des événements (ATF 125 V 193 consid. 2 et 121 V 45 consid. 2a; TF 8C\_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2).

**d)** A teneur de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré, le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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.

Est déterminante, pour l'évaluation du taux d'invalidité, l'activité raisonnablement exigible de l'assuré compte tenu de l'atteinte à sa santé, et non pas celle effectivement accomplie par l'assuré (ATF 107 V 17 consid. 2c et 105 V 176 consid. 2). Il est ainsi sans importance, pour l'évaluation du revenu d'invalidité, de savoir si une personne handicapée exerce effectivement l'activité que l'on peut raisonnablement attendre d'elle (Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité [CIIAI] de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS], dans sa version en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008, n°3045 p. 54). Elle ne peut donc, par exemple, pas prétendre à une rente AI si elle n'utilise pas pleinement sa capacité de travail, obéissant à des considérations purement personnelles, alors qu'en exerçant une telle activité, elle pourrait réaliser un revenu excluant l'octroi d'une rente (RCC 1982 p. 471 et 1980 p. 581). Pour l'évaluation de l'invalidité, il n'y a de surcroît pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, 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 (TF 8C\_22/2009 du 22 décembre 2009, consid. 3.2 et les références citées).

Si, après la survenance de l'atteinte à la santé, l'assuré n'a pas repris d'activité, ou alors aucune activité adaptée normalement exigible, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens tel que ceux-ci ressortissent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb et 124 V 321 consid. 3b/aa; TF 9C\_104/2009 du 31 décembre 2009, consid. 5.2; TFA I 864/2005 du 26 octobre 2006, consid. 2.5 et I 298/2004 du 21 juillet 2005, consid. 6; RCC 1991 p. 332 consid. 3c). Pour effectuer la comparaison des revenus, il y a lieu de se référer non pas à la statistique des salaires nets (montants effectifs; tableaux du groupe B), mais à celle des salaires bruts standardisés (taux de salaire;

tableaux du groupe A), en se fondant toujours sur la médiane (valeur centrale) (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa).

Lorsqu'il est fait application des valeurs statistiques précitées, certains empêchements propres à la personne de l'invalidé (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) requièrent qu'intervienne une réduction (pondération) sur les salaires ESS (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa et bb; cf. pour exemple TF 9C\_91/2010 du 2 juillet 2010, consid. 4.1). Un tel mode de procéder a pour finalité de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalidé qui corresponde au plus près à la mise en valeur exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de la personne assurée (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte de l'ensemble des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/cc; VSI 2/2002 p. 64 consid. 4b). La déduction résulte d'une évaluation et doit par conséquent être brièvement motivée par l'office AI. Le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 consid. 5b/dd).

En outre, l'art. 17 LPGa sur la révision s'applique également à la décision par laquelle l'organe de l'assurance-invalidité accorde une rente limitée dans le temps à titre rétroactif (TF 9C\_50/2010 du 6 août 2010, consid. 4 et les références citées).

**5. a)** S'agissant en l'espèce de l'évaluation de la capacité résiduelle de travail du recourant, le rapport médical du 5 juillet 2006 des médecins spécialisés de la CRR a relevé que suite à l'accident survenu le 1<sup>er</sup> juin 2005, malgré une évolution très favorable, la situation médicale n'était cependant pas stabilisée. La reprise d'une activité sur les chantiers était toutefois compromise. En outre, il était trop tôt pour tester les capacités fonctionnelles du recourant, une poursuite de la rééducation en ambulatoire étant proposée. L'incapacité de travail était réputée totale jusqu'au 30 juin 2006 dans l'activité habituelle.

Le 5 juin 2007 le Dr V. \_\_\_\_\_ a écrit que le recourant pourrait mettre en valeur une capacité de travail résiduelle entière dans toute activité (semi-) sédentaire n'exigeant pas de déplacements prolongés (de plus d'une demi-heure) ni de marche en terrain irrégulier. Ces constatations ont été émises par le médecin-conseil de la CNA suite à un examen clinique pratiqué le même jour. Le Dr V. \_\_\_\_\_ a en outre relevé que malgré une consolidation radiologique dans les délais, l'évolution allait s'avérer difficile avec la persistance de troubles douloureux affectant la cheville et le pied, lesquelles douleurs étaient rebelles à tout traitement.

Le rapport médical du 28 mai 2008 du Dr C. \_\_\_\_\_ a attesté que sur le plan médical, si l'incapacité de travail en tant que maçon était définitive, il était en revanche possible pour le recourant d'exercer une activité exclusivement sédentaire à 100%, ou une activité comportant de courts déplacements (périmètre de marche limité à 100 mètres environ) à 50%. Les constatations du Dr C. \_\_\_\_\_ en relation avec l'évaluation de la capacité de travail résiduelle corroborent celles du Dr V. \_\_\_\_\_ datant de juin 2007. Force est ainsi de relever que nonobstant la discrète progression de l'arthrose sous-talienne relevée par le Dr C. \_\_\_\_\_, il n'y a pas eu en l'espèce d'évolution de la situation médicale susceptible de modifier l'appréciation de la capacité de travail résiduelle du recourant consécutive à l'examen clinique pratiqué le 5 juin 2007 par le médecin d'arrondissement de la CNA.

Le rapport d'évaluation de stage en ateliers de la Fondation L. \_\_\_\_\_ du 12 février 2009 comporte l'appréciation de la situation telle qu'observée par un moniteur d'atelier ainsi qu'une conseillère professionnelle. En regard des règles de jurisprudence applicables (cf. consid. 4c supra), il n'est pas déterminant, les constatations médicales devant être privilégiées. Les observations des responsables de la Fondation L. \_\_\_\_\_ ont en effet pour partie pu être influencées par des éléments subjectifs tels que plaintes ou mimiques de l'assuré durant son stage. Partant, ces observations ne garantissent pas un compte rendu objectif de la situation de santé du recourant.

Les rapports médicaux du Dr T. \_\_\_\_\_ des 20 avril et 12 mai 2009 indiquent qu'aucun des traitements alors entrepris n'ont permis une amélioration ou un soulagement. Ce médecin relate également son pessimisme quant à la possibilité de trouver dans le futur, un traitement adéquat. Le Dr T. \_\_\_\_\_ relève - sans pour autant disposer d'examens cliniques objectifs - que depuis juin 2005, le recourant aurait probablement développé dans les suites du traitement de son traumatisme à la cheville gauche, un syndrome douloureux régional complexe (SDRC). Au vu du contenu médical peu étayé des rapports précités, il n'est clairement pas possible d'en déduire que la situation de santé du recourant puisse s'être péjorée postérieurement au mois de juin 2007.

La lettre du Dr J. \_\_\_\_\_ du 15 juin 2009 ainsi que la décision du 18 juin 2009 du Service de l'emploi, toutes deux déposées en cours de procédure, font état d'une inaptitude au travail du recourant à compter du 12 mai 2009. Ces éléments relatent ou ont ainsi trait à des faits ou considérations postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse, soit en l'espèce le 5 mars 2009. La cour de céans ne saurait par conséquent retenir ces pièces dans le cadre de son examen. Ces faits survenus postérieurement à la décision litigieuse, et qui seraient susceptibles de modifier la situation de l'assuré, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative du ou des assureurs sociaux concernés (cf. consid. 3a supra).

En l'occurrence, aucun élément médical objectif n'appert susceptible de remettre en cause le bien-fondé du rapport médical final établi le 5 juin 2007 par le médecin d'arrondissement de la CNA. Dans la mesure où ce rapport aboutit à des résultats convaincants, que ses conclusions sont bien motivées, qu'il ne contient pas de contradictions, il y a lieu en définitive de lui attribuer valeur probante au sens de la jurisprudence (cf. supra consid. 4c). L'évaluation de la capacité de travail résiduelle du recourant ressortant de la décision attaquée s'avère par conséquent être correcte en retenant une pleine capacité de travail dans

une activité sédentaire ou une capacité de travail de 50% dans une activité semi-sédentaire dès le mois de juin 2007. Il convient de relever que la co-morbidité de la main droite ne modifie pas cette appréciation puisqu'il existe nombre d'activités ne nécessitant pas des mouvements fins.

**b)** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 9C\_818/2008 du 18 juin 2009 consid. 2.2 et 9C\_440/2008 du 5 août 2008).

Au vu de ce qui précède, le dossier est complet du point de vue médical pour que la cause soit jugée, de sorte qu'il n'y a l'évidence pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises à titre subsidiaire par le recourant, soit en l'espèce la mise en oeuvre d'un nouvel examen médical afin d'évaluer son état de santé actuel.

**6. a)** Dans la mesure où des pièces médicales au dossier il ressort que le recourant a présenté une incapacité de travail totale dans sa dernière activité depuis son accident du 1<sup>er</sup> juin 2005 et que son état de santé s'est amélioré autorisant la reprise d'une activité professionnelle adaptée dès juin 2007, c'est à juste titre que l'intimé a retenu 2007 comme année de référence pour la détermination de la comparaison des revenus. Partant le montant annuel du revenu sans invalidité (2007) de 68'182 fr. 40 (5'244 fr. 80 x 13) tel que ressortant de la décision litigieuse ne peut ouvrir le flanc aux critiques du recourant.

**b)** Pour l'évaluation du degré d'invalidité, seule est déterminante la question de savoir dans quelle mesure la capacité de gain résiduelle de l'assuré peut être exploitée économiquement sur le marché du travail équilibré entrant en considération pour lui (TFA I 875/2005 du 15

novembre 2006, consid. 4; VSI 1998 p. 296 consid. 3b et les arrêts cités). Il n'y a pas lieu d'examiner si le recourant peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TFA I 875/2005 du 15 novembre 2006, consid. 4). Les critiques émises par le recourant en lien avec la méthode employée par l'intimé pour la détermination de son revenu d'invalidé, à savoir la référence aux salaires statistiques ressortant de l'ESS, ne peuvent être suivies. La pratique précitée est en effet parfaitement admise dans l'éventualité où, comme cela est le cas en l'espèce, l'assuré n'a pas repris l'exercice d'une activité adaptée normalement exigible de sa part (cf. consid. 4d supra). Pour le surplus et ainsi que le recourant l'admet lui-même, le Tribunal fédéral a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurances-accidents n'a pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité au sens de l'ATF 126 V 288 (ATF 133 V 549 consid. 6; TF 9C\_1062/2008 du 9 septembre 2009, consid. 4.1). Partant l'argument selon lequel la différence entre l'évaluation du revenu d'invalidé telle qu'opérée par la CNA d'une part et celle de l'OAI d'autre part, serait très difficilement compréhensible et non acceptable n'a par conséquent aucune pertinence vu l'indépendance dont bénéficie l'OAI en matière d'évaluation de l'invalidité. En définitive, il est parfaitement conforme au droit pour l'intimé de se fonder, dans le cas particulier, sur les données statistiques ressortant de l'ESS.

Le salaire de référence retenu pour la détermination du revenu d'invalidé (ESS 2004 TA1; niveau de qualification 4) correspond à celui offert pour des postes de travail, toutes activités confondues dans le secteur privé, qui ne requièrent aucune qualification professionnelle particulière (TF I 111/2006 du 19 avril 2007, consid. 5, TFA I 298/2004 du 21 juillet 2005, consid. 6). Considérant le large éventail d'activités simples et répétitives ainsi recouvertes dans les secteurs de la production et des services, force est d'admettre qu'un nombre significatif d'entre elles sont conformes aux aptitudes du recourant. Ce dernier pourrait dès lors

parfaitement exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle dans l'exercice de telles activités de sorte que le salaire mensuel (ESS 2004, 13<sup>ème</sup> salaire compris) de 4'588 fr. (tableau TA1; valeur centrale) retenu par l'OAI, avant application d'un abattement de 15% tenant compte de l'ensemble des limitations fonctionnelles présentées, est parfaitement correct. Adapté à la durée hebdomadaire moyenne usuelle dans les entreprises en 2004, soit 41,6h. (La Vie économique, 10-2006, tableau B 9.2), le revenu d'invalidé mensuel est porté à 4'771 fr. 52 ( $4'588 \times 41,6 : 40$ ), ce qui donne le revenu d'invalidé annuel 2004 de 57'258 fr. 24 ( $4'771 \text{ fr. } 52 \times 12$ ). Après adaptation à l'évolution des salaires nominaux de 2004 à 2007 (+ 1% + 1,20% + 1,40%; La Vie économique, 10-2006, tableau B 10.2), le revenu d'invalidé 2007 avant abattement s'élève à 59'344 fr. 14.

Compte tenu des empêchements propres à la personne de l'assuré, l'OAI a retenu un abattement de 15% sur le montant du revenu d'invalidé précité. Il n'y a pas lieu de s'écarter de cette appréciation, qui n'est pas arbitraire. C'est donc avec raison qu'après abattement de 15%, le revenu d'invalidé 2007 s'élève finalement à 50'442 fr. 50.

Après comparaison entre le revenu 2007 sans invalidité et celui d'invalidé (art. 16 LPGA), il appert une perte de gain de 17'739 fr. 90 ( $68'182 \text{ fr. } 40 - 50'442 \text{ fr. } 50$ ), soit un degré d'invalidité de 26.01% ( $17'739 \text{ fr. } 90 / 68'182 \text{ fr. } 40 \times 100$ ). Par conséquent, dès le courant du mois de juin 2007 le taux d'invalidité du recourant étant inférieur à 40%, il ne donnait dès lors plus droit à une rente (cf. 28 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, correspondant à l'actuel art. 28 al. 2 LAI en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

C'est en définitive à bon droit que la décision attaquée admet le droit du recourant au versement d'une rente entière depuis le 1<sup>er</sup> juin 2006 (délai d'attente minimum d'une année depuis l'accident) jusqu'au 30 septembre 2007, cette dernière date correspondant à l'échéance d'une durée de trois mois d'amélioration de la capacité de gain du recourant recouvrée durant le mois de juin 2007 (art. 88a al. 1 RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201]).

**7.** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI); le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 2 al. 1 TFJAS-VD [Tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens dans la mesure où le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 5 mars 2009 est confirmée.
- III. Un émolument de justice de 400 fr. (quatre cent francs) est mis à la charge du recourant.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Michel Chavanne (pour A. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :