

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 novembre 2013

---

Présidence de M. MERZ  
Juges : Mme Rossier et M. Berthoud, assesseurs  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.** \_\_\_\_\_, à Corsier-sur-Vevey, recourant, représenté par Me Joël Crettaz, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1, 44 et 61 let. c LPGA**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** Ressortissant congolais entré en Suisse en 1982, J. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1964, marié, père de deux enfants nés en 1986 et 2000, est au bénéfice d'un permis d'établissement (permis C). Sans formation professionnelle, il a exercé diverses activités en Suisse (manœuvre, manutentionnaire, aide de cuisine). Dès le 29 juin 2006, il a œuvré en tant qu'aide-serrurier au service d'I. \_\_\_\_\_ SA, entreprise de travail fixe et temporaire, au taux de 100%.

Le 11 juillet 2006, à quatre jours de la fin de sa mission, l'assuré a subi un accident professionnel: alors qu'il tenait une porte coulissante de garage pour le changement d'une pièce de maintien, l'assuré a senti qu'il n'avait plus la force de soutenir cette charge, laquelle a basculé, l'atteignant au bas de la jambe droite et provoquant une fracture. Hospitalisé à l'Hôpital M. \_\_\_\_\_, il a subi une intervention chirurgicale en date du 17 juillet 2006, consistant en une réduction ouverte et une ostéosynthèse du pilon tibial droit, avec mise en place d'une greffe osseuse et d'une attelle plâtrée cruro-pédieuse au membre inférieur droit. L'assuré a présenté une incapacité de travail totale dès le jour de l'accident. Le cas a été annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA) qui a versé des indemnités journalières.

**b)** Au vu de l'évolution défavorable et de la persistance des douleurs, J. \_\_\_\_\_ a séjourné à la Clinique R. \_\_\_\_\_ du 24 avril au 13 juin 2007 pour une prise en charge multidisciplinaire en milieu stationnaire. Dans un rapport du 2 juillet 2007 destiné à la CNA, les Drs C. \_\_\_\_\_, médecin adjoint, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et en chirurgie orthopédique, et K. \_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont diagnostiqué des thérapies physiques et fonctionnelles (diagnostic primaire), une fracture comminutive du pilon tibial droit le 11 juillet 2006, ostéosynthésée par plaque et cerclage-haubanage ainsi qu'une algodystrophie de l'extrémité du membre inférieur droit (diagnostics secondaires). Retenant une incapacité de travail totale dans

la profession d'aide-serrurier dès la sortie de la Clinique R.\_\_\_\_\_, les médecins prénommés se sont exprimés en ces termes en guise de conclusion:

« Au total, M. J.\_\_\_\_\_ est un patient âgé de 42 ans, qui a présenté une fracture complexe du pilon tibial droit le 11.07.2006, ostéosynthésée. L'évolution est compliquée par une algodystrophie du MID. Il existe également une incongruence articulaire, suspectée sur la RX. Nous proposons donc que soit effectuée une AMO, une évaluation des incongruences articulaires, et s'il est nécessaire de discuter la réalisation d'une arthrodèse, idéalement cette opération devrait être envisagée 1x l'algodystrophie moins active. Si nécessaire, nous sommes prêts à reprendre en hospitalisation M. J.\_\_\_\_\_, afin d'effectuer une rééducation intensive et d'évaluer l'aspect professionnel. Le patient travaille comme aide-serrurier, l'incapacité de travail reste totale pour l'instant, et au vu des éléments actuels et de l'évolution, une reprise dans cette activité semble compromise. »

**c)** Le 7 juin 2007, J.\_\_\_\_\_ a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'office AI) une demande de prestations AI, tendant à l'octroi de diverses mesures professionnelles (orientation professionnelle, reclassement dans une nouvelle profession, rééducation dans la même profession, placement), subsidiairement d'une rente. S'agissant de l'atteinte à la santé, il a fait état d'une fracture comminutive du pilon tibial droit, ostéosynthésée, d'évolution difficile, existant depuis le 11 juillet 2006.

**d)** L'ablation du matériel d'ostéosynthèse au tibia droit a été pratiquée le 20 août 2007 à l'Hôpital M.\_\_\_\_\_, opération suivie le 9 septembre 2008 d'une arthrodèse de la cheville droite par clou rétrograde T2, effectuée dans le même établissement. Le 16 décembre 2008, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement auprès de la CNA et spécialiste en chirurgie orthopédique, a examiné l'assuré et a conclu en ces termes son rapport daté du même jour:

« (...)

Plaintes actuelles sous forme d'enflure, de dépendance encore totale de 2 cannes, parfois douleurs en relation avec l'activité physique.

L'examen clinique permet d'objectiver une cheville droite modérément enflée de façon diffuse, sans signe inflammatoire.

Hyperpigmentation distale de la jambe. Importante atrophie musculaire à la cuisse et surtout au mollet. Raccourcissement global du MID de l'ordre de 2 cm. La position semble parfaite en ce qui concerne le varus/valgus, peut-être une très légère rotation externe et certainement un équin de l'ordre de 10°, ce qui rendra le chaussage nécessaire pour presque tous les déplacements et, à l'inverse, est susceptible de limiter fortement la marche pieds nus.

Situation encore évolutive, d'après le patient vers une amélioration.

Dans ces conditions, une hospitalisation à la Clinique R.\_\_\_\_\_ nous semble bien indiquée. Le patient se déclare en faveur de cette solution.

L'activité comme aide-serrurier semble compromise, en tous cas pour ce qui concerne le travail sur les chantiers, échelles, échafaudages ou sur les toits. Dans un atelier, une reprise aménagée n'est pas complètement exclue.

Je l'annonce donc à la Clinique R.\_\_\_\_\_ pour une hospitalisation à partir de janvier 2009, pour rééducation et évaluation des capacités résiduelles. »

J.\_\_\_\_\_ a séjourné du 13 janvier au 16 février 2009 à la Clinique R.\_\_\_\_\_. Dans leur rapport du 26 février suivant à l'intention de la CNA, le Prof. G.\_\_\_\_\_, directeur médical, spécialiste en médecine physique et réhabilitation ainsi qu'en rhumatologie, et la Dresse H.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont conclu sur le plan professionnel à une situation médicale non encore stabilisée. Une reprise du travail en tant qu'aide-serrurier n'étant guère envisageable, l'assuré a reçu une information à propos des démarches à effectuer en vue d'une réinsertion professionnelle diligentée par l'office AI.

Afin de faire le point de la situation dans un contexte très lentement évolutif, le Dr W.\_\_\_\_\_ a examiné l'assuré en date du 23 février 2010. Tout en relevant que les plaintes de l'assuré concernant le dos et les épaules n'étaient pas à la charge de la CNA, le Dr W.\_\_\_\_\_ a considéré que l'intéressé n'était pas encore apte au travail et qu'il convenait d'ores et déjà de retenir une incapacité de travail définitive dans la profession d'aide-serrurier.

**e)** Le 4 novembre 2010, l'office AI a écrit à la CNA une lettre libellée en ces termes:

« Votre communication du 1<sup>er</sup> novembre 2010 nous est bien parvenue et prenons acte du fait que l'examen final par votre médecin n'a toujours pas eu lieu.

Nous retenons que dès l'examen du 23 février 2010, l'activité habituelle d'aide-serrurier est définitivement contre-indiquée, malgré l'amélioration apportée par des moyens auxiliaires (chaussures orthopédiques).

Une capacité de travail sera vraisemblablement reconnue, bien tardivement, dans une activité adaptée et - eu égard au niveau de salaire antérieur - il est peu probable qu'un droit à une prestation financière de notre assurance soit ouvert. Cependant, nous devons examiner la possibilité d'un éventuel droit à des mesures d'ordre professionnel.

Nous attendons votre prise de position et vous présentons, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées. »

Invité à se prononcer, d'un point de vue orthopédique et théorique, sur les périodes d'incapacité de travail réellement justifiées par des interventions ou traitements ainsi que les limitations fonctionnelles y afférentes, le Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR) devait aussi indiquer à partir de quelle date une aptitude à la réadaptation, respectivement une capacité de travail dans une activité adaptée, pouvaient être retenues.

Le 12 avril 2011, le Dr L. \_\_\_\_\_ a rédigé un avis médical qu'il a conclu en ces termes:

« (...)

L'assuré est vu par le Dr D. \_\_\_\_\_ [médecin d'arrondissement de la CNA, réd.] pour la SUVA le 26.10.2010, il déclare une situation inchangée par rapport à la dernière visite.

(...)

En conclusion, et pour répondre à votre question, l'assuré présente une incapacité de travail définitive dans son métier d'aide-serrurier dès la date de son accident le 11 juillet 2006 (rapport SUVA du Dr W. \_\_\_\_\_ du 23 février 2010 et du Dr D. \_\_\_\_\_ du 26 octobre 2010). Les limitations fonctionnelles ont été décrites par le Dr W. \_\_\_\_\_ le 16 décembre 2008: pas de travail sur les chantiers, échelles, échafaudages, ou sur les toits. Il précise que, dans un atelier, une reprise aménagée n'est pas complètement exclue. Même si le Dr W. \_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur une capacité de travail dans une activité adaptée, il reconnaît que celle-ci n'est pas nulle. On peut donc considérer que dès cette date, 16 décembre 2008, l'assuré présente une capacité de travail et que des mesures

professionnelles peuvent être organisées. Il est à noter que dans le dossier SUVA, le case manager, Mr N.\_\_\_\_\_ avait proposé à l'assuré en octobre 2009 des cours dans le cadre de l'Ecole U.\_\_\_\_\_ de T.\_\_\_\_\_ que l'assuré n'avait pas souhaité. »

**f)** Le 17 janvier 2012, l'office AI a chargé le Centre d'observation professionnelle de l'AI (ci-après: le COPAI) d'Yverdon-les-Bains d'organiser un stage d'évaluation afin de déterminer la capacité de travail de l'assuré, son rendement et le type d'activités adaptées à ses limitations fonctionnelles. Il était également précisé que le médecin d'arrondissement de la CNA allait examiner l'assuré en date du 24 janvier 2012.

Le 18 janvier 2012, l'office AI a écrit à l'assuré qu'afin de pouvoir évaluer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité, ses aptitudes à la réadaptation professionnelle et sa capacité de travail devaient être examinées. L'administration prenait par conséquent en charge un stage d'observation et d'évaluation auprès du COPAI pour une durée de quatre semaines. Prévu à 100% pour une durée hebdomadaire de 35 heures, le stage s'est déroulé du 20 février au 16 mars 2012, l'assuré n'ayant eu aucun jour d'absence durant cette période.

Dans l'intervalle, le Dr W.\_\_\_\_\_ a pratiqué un examen médical final en date du 24 janvier 2012 afin de déterminer l'exigibilité et les limitations fonctionnelles de l'assuré, voire fixer une éventuelle indemnité pour atteinte à l'intégrité. Dans son rapport du même jour, il a indiqué que le cas pouvait être considéré comme stabilisé si aucune intervention chirurgicale n'était entreprise. Il a ajouté que l'évaluation prévue à l'Hôpital P.\_\_\_\_\_ en vue d'une éventuelle nouvelle arthrodeuse restait à la charge de la CNA, de même que les médicaments antalgiques et anti-inflammatoires, pour autant que prescrits, jusqu'à la fin de l'année 2013. En ce qui concerne la capacité de travail, le Dr W.\_\_\_\_\_ a retenu que l'activité d'aide-serrurier telle que pratiquée au moment de l'accident n'était plus exigible. En revanche, toute profession exercée en position assise, « sans nécessité de déplacements à plat dépassant quelques dizaines de mètres, sans nécessité de se déplacer dans les escaliers et sans devoir transporter des charges est exigible immédiatement sans

limitation de temps de présence ni de rentabilité ». Il a évalué à 20% l'atteinte à l'intégrité.

**g)** Le 19 mars 2012, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin-conseil auprès du COPAI, a conclu en ces termes son rapport dressé à l'issue du stage d'observation accompli par l'assuré:

« M. J.\_\_\_\_\_ est un ressortissant congolais sans formation professionnelle, venu en Suisse comme réfugié en 1982. Il a travaillé comme aide-serrurier jusqu'à son accident du 11.07.2006.

La chute d'une porte de garage a causé une fracture comminutive du pilon tibial D. Malgré 4 opérations, dont une arthrodèse de toute la cheville, son pied D reste douloureux en permanence. Il ne peut pas le charger. Une nouvelle opération est proposée. Les traitements médicaux n'ont pratiquement pas d'efficacité. A l'examen, il a une hypotrophie du membre inférieur D, une marche difficile avec une forte boiterie qui nécessite de s'aider d'une canne, même pour quelques pas. En fin de stage, est apparue une légère inflammation de la cheville.

A l'atelier, M. J.\_\_\_\_\_ est visiblement gêné en permanence. Il est constamment en recherche d'une position confortable qu'il ne trouve jamais. Les changements de position assis/debout sont laborieux avec appui sur l'établi ou la machine ou la canne. Il a une forte boiterie. Il travaille le plus souvent assis avec sa jambe D posée sur un repose-pied. Même assis au repos, son visage est fréquemment traversé de rictus douloureux. Cette symptomatologie hache le rythme de travail qui est irrégulier, entrecoupé d'arrêts assez fréquents de quelques minutes où il ne fait rien d'autre qu'attendre qu'une exacerbation de la douleur passe. Son comportement au travail, sa collaboration à cette observation ne sont pas mis en cause. Il a fait ce qu'il a pu, de façon consciencieuse et fiable, mais ses rendements sont misérables à cause de son état physique, le plus souvent inférieurs à 20%, avec une claire diminution dans la deuxième moitié de la journée où on le voit encore plus inconfortable de la cheville, mais aussi du dos.

Au terme de ces 4 semaines de stage, notre groupe d'observation est d'avis que M. J.\_\_\_\_\_ n'a pour l'instant qu'une très faible capacité résiduelle de travail. Un mi-temps serait le maximum et dans ce mi-temps, il n'atteindra que de faibles rendements, au mieux de 30%. La raison de ces faibles performances sont l'état algique constant, l'absence de positions confortables, même pour quelques minutes et l'absence de points d'appui fonctionnels, y compris en position assise. Une nouvelle intervention chirurgicale est proposée sur sa cheville, entretenant l'espoir d'une amélioration de l'état de santé et de la capacité de travail. »

Du rapport final du COPAI du 26 mars 2012 relatant notamment le compte-rendu des observations effectuées en ateliers, on extrait ce qui suit:

« (...)

A l'arrivée dans nos ateliers, nous sommes en présence d'un homme qui se déplace difficilement à l'aide d'une canne anglaise. (...) Peu plaintif, assidu et attentif à son poste qu'il ne quitte pratiquement jamais, il s'efforce à produire la meilleure qualité possible.

(...)

S'asseoir, se relever et se mettre en mouvement sont des mouvements qu'il peine à exécuter. Chaque changement d'appuis et chaque geste de moindre amplitude génèrent douleur et fatigue. M. J. \_\_\_\_\_ ne peut se mouvoir avec spontanéité, car le manque d'appuis fonctionnels de sa jambe droite l'en empêche. Son inconfort positionnel majeur engendre douleur et fatigue et use son endurance. En dépit de sa volonté et de sa conduite irréprochable, ses rendements chutent rapidement pour devenir symboliques à court terme (à peine 20%).

M. J. \_\_\_\_\_ est un homme courageux. Il essaye de surmonter sa douleur physique avec le sourire, il souffre probablement bien plus qu'il ne le montre. Son combat pour vaincre l'inconfort de ses mauvais appuis fonctionnels, lui prend toute son énergie. Après quelques heures, l'assuré n'a plus d'endurance, il n'est pas performant et il n'a pas de rendement. Aujourd'hui, cet homme n'a pas sa place dans l'économie libre, son employabilité étant pratiquement nulle. Toutefois, la possibilité de fréquenter un atelier protégé reste foncièrement possible. »

Forts de ces constats, les responsables du COPAI ont conclu que la capacité résiduelle de travail de l'assuré était trop faible pour pouvoir être avantageusement exploitée dans le marché de l'emploi. Dans une note de suivi du même jour faisant suite à un entretien avec l'assuré et divers intervenants dont une psychologue, une collaboratrice du service de réadaptation de l'office AI a consigné ce qui suit:

« Le stage a été difficile physiquement pour l'assuré, qui dormait chez son fils à Yverdon le soir.

Par contre, cela lui a fait du bien de sortir de chez lui.

Les responsables du COPAI estiment que l'assuré n'est pas en mesure de travailler dans l'économie. Sa capacité de travail n'est pas exploitable, mis à part dans un atelier protégé, sans nécessité de rendement. A un rendement symbolique, malgré une habileté manuelle correcte, le rythme est très ralenti en raison des douleurs

et de la nécessité de changer de positions. Ne tient pas la position. Se déplace difficilement avec une canne.

Peu d'appuis fonctionnels, très peu d'endurance.

Peu de ressources au niveau cognitif.

Très faible niveau scolaire: ne sait ni lire ni écrire le français.

Attitude exemplaire: assidu, pas plaintif, discret.

(...) »

Par mandat du 25 avril 2012, l'office AI a soumis le rapport du Dr W. \_\_\_\_\_ et celui du COPAI au Dr F. \_\_\_\_\_ du SMR, lequel a pris position comme suit dans un avis médical du 1<sup>er</sup> mai 2012:

« (...)

Lors de l'examen par le médecin d'arrondissement de la SUVA le 24 janvier 2012, l'assuré se plaint de douleurs résiduelles d'intensité variable. La distance de marche est limitée à 300 m avec une canne. La démarche est caractérisée par une boiterie majeure, l'absence de déroulement du pied et un raccourcissement du temps d'appui. Il existe une amyotrophie du MID. La cheville est bloquée en léger équin. L'impression d'une majoration des symptômes est relevée. Le médecin d'arrondissement conclut à une incapacité de travail totale comme aide-serrurier. L'exigibilité est cependant complète dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles.

Le faible rendement observé lors du stage d'observation peut être dû à des facteurs extra-médicaux (manque de motivation, niveau d'instruction insuffisant, etc.).

S'agissant d'un cas SUVA, nous n'avons pas de raison de nous écarter de l'avis du médecin d'arrondissement.

Il est question d'une nouvelle intervention que l'assuré n'a pour l'instant pas acceptée. Il est clair que l'incapacité de travail devra être reconsidérée si M. J. \_\_\_\_\_ devait se faire opérer. »

**h)** Par projet de décision du 15 juin 2012, l'office AI a retenu que, à la suite de l'accident dont l'assuré avait été la victime en date du 11 juillet 2006, l'activité habituelle d'aide-serrurier était largement contre-indiquée. En revanche, une activité respectueuse de ses limitations fonctionnelles (profession exercée en position assise, sans nécessité de déplacements à plat plus de quelques dizaines de mètres, sans nécessité de se déplacer dans les escaliers et sans devoir transporter des charges) était exigible dès le mois de janvier 2012. Il s'agissait par exemple

d'activités industrielles légères, dans le domaine du conditionnement ou du montage électronique. En outre, le stage d'observation a mis en évidence qu'une formation théorique n'était pas à la portée de l'assuré et que ses douleurs excluaient une reprise du travail. L'assuré étant par ailleurs sans emploi, l'administration a procédé à une approche théorique pour calculer le préjudice économique subi. Comparé au revenu d'aide-serrurier auquel l'assuré aurait pu prétendre en 2012, soit 64'865 fr. environ, le revenu d'invalidé tiré de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) s'élevait après un abattement de 10% - compte tenu des limitations fonctionnelles - à 56'511 fr., soit un degré d'invalidité de 13%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations financières de l'assurance-invalidité. L'office AI a néanmoins constaté qu'à l'échéance du délai de carence d'une année, soit le 1<sup>er</sup> juillet 2007, le degré d'invalidité était de 100%, d'où le droit à une rente entière d'invalidité dès cette date. Cette prestation était toutefois supprimée avec effet au 30 avril 2012, soit trois mois après qu'une activité adaptée a été reconnue comme exigible, l'administration précisant que le droit à la rente était reconnu sous déduction des indemnités journalières AI versées pendant la période concernée. L'office AI proposait encore à l'assuré le soutien de son service de placement, afin de l'aider à retrouver un emploi adapté.

Le 20 juillet 2012, l'assuré a présenté des objections à l'encontre de ce préavis. Il s'est pour l'essentiel étonné que l'office AI ait retenu une capacité entière de travail dans une activité adaptée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012 alors que les responsables du COPAI ainsi que son médecin-conseil ont estimé que celle-ci n'excédait pas 50%, avec des rendements atteignant au mieux 30%.

Par décision du 4 septembre 2012, la CNA a accordé à l'assuré une rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2012, basée sur une diminution de la capacité de gain de 13%, soit 632 fr. 65 par mois, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité à hauteur de 20%.

Le 28 septembre 2012, l'office AI a pris position sur les arguments développés par le mandataire de l'assuré dans sa lettre du 20

juillet précédent. Il a rappelé en premier lieu que le but principal du stage d'observation était de pouvoir déterminer concrètement si des mesures d'ordre professionnel étaient susceptibles de réduire le préjudice subi par l'assuré. Tel n'a pas été le cas au vu de facteurs étrangers à l'invalidité. L'office AI a néanmoins considéré que l'intéressé pouvait exercer une activité légère, la diminution de rendement observée n'ayant pas de substrat mécanique objectivable. S'agissant en outre d'un « pur cas accident pris en charge par la SUVA [et] en l'absence d'autre atteinte invalidante au sens de l'AI », il y avait lieu d'appliquer les mêmes règles que l'assureur-accidents. De plus, appelé à se prononcer sur les résultats de l'examen médical final effectué par le médecin d'arrondissement de la CNA, le SMR a confirmé que le rapport y afférent du 24 janvier 2012 était probant. L'office AI a dès lors conclu que les griefs soulevés n'étaient pas de nature à modifier son point de vue, de sorte que le préavis du 15 juin 2012 devait être entièrement confirmé.

Statuant par décision formelle du 8 novembre 2012, l'office AI a confirmé les termes et la motivation de son préavis du 15 juin précédent.

**B.** Par acte du 12 décembre 2012, J.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision devant l'autorité de céans, concluant sous suite de frais et dépens à sa réforme en ce sens que son invalidité « reste entière au-delà du mois de janvier 2012 de telle sorte que son droit à une rente complète d'invalidité perdue passé cette échéance ». En premier lieu, le recourant conteste l'appréciation exprimée le 1<sup>er</sup> mai 2012 par le Dr F.\_\_\_\_\_ du SMR, selon laquelle il s'agirait « d'un cas SUVA ». Il explique que son état de santé ne saurait se limiter aux seuls éléments médicaux en lien avec l'accident dont il a été victime en juillet 2006, ayant atteint son membre inférieur droit. Il rappelle en effet les plaintes formulées dès 2010 concernant son dos et ses épaules et observe que l'office AI aurait dû s'aviser de compléter ses investigations à cet égard. En effet, contrairement aux règles qui prévalent en matière d'assurance-accidents, la question d'un possible lien de causalité naturelle et adéquate entre les lésions consécutives à l'accident et les problèmes lombaires survenus

ultérieurement est sans pertinence dans le cadre de la présente procédure. Bien plutôt, il appartient à l'office intimé de s'attacher à déterminer la nature des douleurs au dos et aux épaules et leur possible caractère invalidant. Dans ce contexte, le recourant constate non sans surprise que le médecin d'arrondissement de la CNA a validé la prise en charge jusqu'à fin 2013 d'un traitement antalgique et anti-inflammatoire, sans toutefois se prononcer sur le caractère possiblement invalidant desdites douleurs. Le recourant souligne en outre la discordance fondamentale quant à l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail entre le médecin d'arrondissement de la CNA et le médecin-conseil du COPAI. A ce titre, le Dr Z. \_\_\_\_\_ est habitué à évaluer le comportement des patients qui lui sont soumis et à en jauger le caractère simulateur ou non. Or, tel n'est pas le cas du recourant, dont le comportement et la collaboration exemplaire ont été relevés par le Dr Z. \_\_\_\_\_. Par ailleurs, celui-ci s'est prononcé à l'issue d'un stage d'observation d'un mois, alors que le médecin d'arrondissement n'a vu le recourant qu'au moment de sa consultation, ce qui réduit singulièrement la portée de son évaluation. Quant au Dr F. \_\_\_\_\_, outre qu'il n'a jamais vu le recourant, son avis laisse penser qu'il pourrait ne pas avoir lu les rapports émanant du COPAI, dès lors qu'il attribue le faible rendement du recourant à des facteurs extra-médicaux tels que le manque de motivation ou le niveau d'instruction insuffisant. Dans ces conditions, l'office AI n'était pas fondé à reconnaître, sur de telles bases, une pleine capacité de travail au recourant. Dès lors, si la cour de céans devait considérer que les éléments versés au dossier étaient insuffisants pour faire droit à ses conclusions, le recourant requiert d'ores et déjà la mise en œuvre d'une expertise médicale destinée à « apprécier le caractère invalidant de l'ensemble des troubles exprimés (...), non seulement au niveau de son membre inférieur droit, mais aussi au niveau du dos et des épaules ».

Dans sa réponse du 7 février 2013, l'office AI s'est référé à la jurisprudence fédérale pour expliquer les raisons l'ayant motivé à écarter les conclusions rendues à l'issue du stage effectué par le recourant au COPAI. Il propose en conséquence le maintien de la décision attaquée et le rejet du recours.

Dans un mémoire complémentaire du 15 mars 2013, le recourant observe que la complexité de son cas - résultant de la gravité des lésions subies d'une part et des hésitations thérapeutiques d'autre part - devait amener l'office intimé à porter une attention particulière aux éléments médicaux du dossier. Il déplore que tel n'ait pas été le cas, puisque l'intimé n'a mis en œuvre aucune mesure d'instruction d'ordre médical, se contentant de renvoyer aux rapports établis dans le cadre de l'instruction menée par l'assureur-accidents. Une telle démarche ne saurait suffire, dans la mesure où la situation médicale ne se limite pas aux seules séquelles de l'accident dont il a été la victime. Pour le surplus, le caractère catégorique des conclusions du médecin-conseil du COPAI s'inscrit en totale contradiction avec les appréciations émanant du médecin d'arrondissement de la CNA. A lui seul, ce fait atteste que le dossier médical souffre de lacunes, de sorte que le recourant réitère sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale, si l'autorité de céans ne s'estimait pas suffisamment renseignée pour trancher le fond du litige. Il confirme pour le surplus les conclusions prises dans son recours.

Dupliquant le 22 avril 2013, l'office intimé a fait savoir qu'il n'avait rien à ajouter à son écriture du 7 février précédent, de sorte qu'il proposait une nouvelle fois le rejet du recours et le maintien de la décision querellée.

Interpellé par le conseil du recourant, le magistrat instructeur a avisé les parties en date du 7 août 2013 que, sauf mesure d'instruction complémentaire demandée par la Cour, un arrêt serait probablement notifié au cours de l'automne 2013.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1)

s'appliquent à l'AI, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Interjeté en temps utile et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable si bien qu'il y a lieu d'entrer en matière.

**2.** Est litigieux en l'occurrence le point de savoir si l'assuré présente, en raison de son atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à une rente entière d'invalidité, à compter du 1<sup>er</sup> mai 2012.

**3. a)** L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité: 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 un trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

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. Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré 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.

**b)** Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références; TF 9C\_219/2013 du 13 septembre 2013 consid. 3.1).

En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA, le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352; TF 9C\_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.1). C'est ainsi qu'il importe pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 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 expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C\_851/2012 du 5 mars 2013 consid. 2.2).

**4.** En l'espèce, le recourant a été victime le 11 juillet 2006 d'un accident professionnel ayant causé une fracture de la jambe droite. Il a présenté une incapacité de travail totale depuis lors. Cependant, dans son rapport du 16 décembre 2008, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, n'excluait pas une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées (pas de travail sur les chantiers, échelles, échafaudages ou sur les toits). S'avisant du caractère inchangé de la situation depuis les examens des Drs W.\_\_\_\_\_, (16 décembre 2008) et D.\_\_\_\_\_, (26 octobre 2010), le Dr L.\_\_\_\_\_ a considéré que, dès le 16 décembre 2008, le recourant présentait une aptitude à la réadaptation et que des mesures professionnelles pouvaient être organisées (avis médical du 12 avril 2011). Le recourant n'ayant pas repris entre-temps d'activité professionnelle, l'office intimé a donc mis en œuvre au début de l'année 2012 un stage d'observation, destiné à examiner ses aptitudes à la réadaptation professionnelle et ses possibilités de réinsertion.

Cette mesure s'est déroulée du 20 février au 16 mars 2012 auprès du COPAI d'Yverdon-les-Bains. Analysant les résultats du stage d'observation en ateliers, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin-conseil du COPAI, a conclu que l'état algique constant et l'absence de positions confortables, fût-ce pour quelques minutes, réduisait sensiblement la capacité de travail du recourant au point que celle-ci ne saurait excéder 50% avec des rendements maximums de 30%. Prenant connaissance de l'évaluation du Dr Z.\_\_\_\_\_, les responsables du COPAI ont considéré que dite capacité était trop faible pour pouvoir être avantageusement exploitée dans le marché de l'emploi. Dans l'intervalle, le Dr W.\_\_\_\_\_ a procédé, en date du 24 janvier 2012, à l'examen médical final du recourant, et a conclu que « toute activité en position assise, sans nécessité de déplacements à plat dépassant quelques dizaines de mètres, sans nécessité de se déplacer dans les escaliers et sans devoir transporter des charges [était] exigible immédiatement sans limitation de temps de présence ni de rentabilité ». Suivant en cela l'avis exprimé le 1<sup>er</sup> mai 2012 par le Dr F.\_\_\_\_\_ du SMR, selon lequel il n'y avait pas de raison de s'écarter de l'avis du Dr W.\_\_\_\_\_, l'intimé a purement et simplement entériné la conclusion de l'assureur-accidents quant à la capacité de travail. Après comparaison des gains avec et sans invalidité entrant en ligne de compte, il a ainsi supprimé au 30 avril 2012 le droit du recourant à une rente entière de l'assurance-invalidité, soit trois mois après qu'une activité adaptée a été reconnue comme exigible, conformément à l'avis du Dr W.\_\_\_\_\_ du 24 janvier 2012.

**5. a)** Il n'est pas contesté que le recourant présente des lésions au membre inférieur droit, consécutives à l'accident de 2006. Cependant, au motif que le cas avait été pris en charge par la CNA et qu'il s'agissait d'un « pur cas accident », l'intimé s'est fondé uniquement sur cette atteinte pour apprécier la capacité de travail du recourant. Il n'a ainsi pas tenu compte des douleurs aux épaules et au dos, pourtant annoncées dès 2010 par le recourant au Dr W.\_\_\_\_\_ (cf. rapport d'examen du 23 février 2010), lequel a considéré qu'elles n'étaient pas à la charge de la CNA, faute de découler de l'accident assuré.

**b)** On sait qu'en matière d'assurance-accidents, seules les lésions en lien de causalité adéquate avec l'accident sont prises en charge par l'assurance, les autres ne faisant pas l'objet d'une indemnisation. Il n'en va toutefois pas de même dans le domaine de l'assurance-invalidité, où l'évaluation de la capacité de travail repose sur une approche incluant l'ensemble des pathologies considérées comme invalidantes au terme des mesures d'instruction que l'assureur est appelé à prendre (cf. art. 43 LPGA). Dans ce sens, l'office intimé ne pouvait pas se borner à reprendre sans autre examen l'appréciation de la CNA, dès lors que celle-ci obéit à une réglementation différente, au demeurant non pertinente pour l'assurance-invalidité. En effet, l'évaluation de l'invalidité par l'assureur-accidents n'a pas de force contraignante pour les organes de l'assurance-invalidité (ATF 133 V 549), de sorte que l'intimé pouvait procéder à l'évaluation de l'invalidité du recourant indépendamment de la décision de la CNA (TF 9C\_618/2012 du 28 décembre 2012 consid. 4.3 et les références).

Certes, avant que celle-ci ne soit rendue, le 4 septembre 2012, l'intimé a mis en œuvre, dès le mois de janvier 2012, une mesure d'orientation professionnelle, en vue de déterminer la capacité de travail, le rendement et le type d'activités adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant. Se fondant sur l'appréciation du Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin-conseil au COPAI, les responsables du stage ont estimé que la capacité de travail résiduelle du recourant était trop faible pour pouvoir être avantageusement exploitée dans le marché de l'emploi. Cependant, l'office intimé a inféré du rapport de fin de stage qu'il n'existait pas de formation théorique à la portée du recourant et que ses douleurs étaient incompatibles avec une reprise du travail dans l'immédiat. En revanche, reprenant les conclusions de la décision rendue par la CNA le 4 septembre 2012, elle-même reposant sur l'appréciation du Dr W.\_\_\_\_\_ du 24 janvier 2012, il a considéré que la capacité de travail exigible du recourant était entière dans une profession adaptée, telle qu'une activité industrielle légère dans le domaine du conditionnement ou du montage électronique.

Ce faisant, l'intimé méconnaît non seulement la jurisprudence précitée, - qui ne lui impose pas de reprendre sans autre l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'assureur-accidents, ce qui saurait d'autant moins être le cas en l'occurrence, au vu des douleurs alléguées par le recourant au dos et aux épaules -, mais il ne fait surtout pas cas, dans son analyse, du stage effectué par l'assuré au COPAI, si ce n'est pour expliquer par d'hypothétiques facteurs extra-médicaux le faible rendement observé à cette occasion (cf. avis médical SMR du 1<sup>er</sup> mai 2012). Dès lors que l'office AI entend s'écarter des conclusions de ce centre d'observation au motif que l'examen médical final effectué par le médecin d'arrondissement le 24 janvier 2012 serait probant conduit à s'interroger sur la finalité ou l'utilité de la mise en œuvre de pareilles mesures d'instruction. Quoi qu'il en soit, lorsque l'appréciation des organes d'observation professionnelle (laquelle ne peut en principe l'emporter sur les données médicales [cf. TF 9C\_426/2011 du 14 décembre 2011 consid. 4.3]) s'éloigne sensiblement de l'évaluation du corps médical, il incombe à l'administration, respectivement au juge, de confronter les deux appréciations, et au besoin de requérir un complément d'instruction (cf. TF 9C\_83/2013 et 9C\_104/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2).

En l'occurrence, on ne voit pas que l'office AI ait procédé à une telle confrontation ni qu'il ait requis un complément d'instruction, en vue de lever ces divergences d'appréciation. Cela étant, l'absence de convergence dans les appréciations des responsables du COPAI et des médecins (Drs W. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_) quant à la capacité de travail et au rendement du recourant dans une activité adaptée empêche de retenir l'évaluation des uns plutôt que celle des autres. Il n'est ainsi pas concevable de se fonder sur l'avis du Dr F. \_\_\_\_\_, dont le caractère probant apparaît pour le moins douteux. En effet, le fait de n'avoir jamais examiné le recourant personnellement réduit singulièrement la portée de son appréciation. A cela s'ajoute que ses considérations visant à expliquer le faible rendement du recourant au cours du stage repose sur des hypothèses, contredites par les observations consignées par les responsables du COPAI dans leur rapport final. Lorsque le Dr F. \_\_\_\_\_

attribue à un manque de motivation les modestes performances du recourant, il fait tout simplement fi des remarques figurant dans le compte-rendu des observations en ateliers, attestant au contraire d'une attitude exemplaire de la part de l'intéressé. Quant au manque d'instruction, on ne voit pas en quoi il serait susceptible d'avoir des incidences sur le faible rendement dans des tâches manuelles en ateliers. Par ailleurs, contrairement à ce que prétend l'intimé en procédure d'opposition (cf. lettre du 28 septembre 2012), le stage auprès du COPAI n'avait pas pour unique objectif de déterminer si des mesures d'ordre professionnel pourraient permettre de réduire concrètement le préjudice subi par l'assuré, mais visait bien plutôt à déterminer la capacité de travail, le rendement et le type d'activités adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant (cf. lettre de l'office AI du 17 janvier 2012 adressée au COPAI). A cet égard, les responsables du COPAI se sont fondés sur l'appréciation du Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin-conseil, laquelle fournit des indications claires quant aux points que l'intimé entendait éclaircir. Or, en présence d'une appréciation médicale aussi étayée, l'intimé ne pouvait sans autre écarter les conclusions du COPAI, au motif que les informations en émanant, destinées à compléter les données médicales, ne seraient pas susceptibles d'infirmier l'avis dûment motivé d'un médecin. Dans la mesure où les appréciations de la capacité de travail de l'assuré divergeaient sensiblement, il aurait appartenu à l'office AI de compléter ses investigations. Il a pourtant préféré statuer en l'état, sans aborder (dans le projet de décision et dans la décision elle-même) la question de la diminution de rendement que le COPAI avait mise en exergue. Or, la question du rendement exigible dans une activité déterminée fait partie intégrante de la notion de capacité de travail (cf. TF 9C\_791/2008 du 27 mai 2009 consid. 3.2).

**c)** En conséquence, les considérations qui précèdent sont insuffisantes pour retenir que le recourant est apte à assumer un plein rendement pour un horaire de travail complet. Elles laissent bien plutôt suggérer qu'une certaine diminution de rendement n'est pas à exclure chez l'assuré. Par ailleurs, il est constant que l'office AI n'a par lui-même entrepris aucune mesure d'instruction médicale susceptible de clarifier et

comblent ces lacunes. Il y a par conséquent lieu de renvoyer la cause à l'office AI afin qu'il effectue, sous la forme d'une expertise orthopédique au sens de l'art. 44 LPGA, une nouvelle évaluation de la capacité de travail et du rendement exigible du recourant dans une activité adaptée, à l'aune des séquelles physiques constatées et des limitations qu'elles entraînent, en particulier au niveau du dos et des épaules. On ajoutera encore que le Tribunal fédéral a récemment précisé qu'un renvoi à l'administration était en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

**6. a)** En définitive, le recours se révèle bien fondé et doit donc être admis. La décision rendue le 8 novembre 2012 par l'office AI est annulée et la cause lui est renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

**b)** Représenté par un mandataire professionnel, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens qu'il convient d'arrêter à 2'200 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

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

**I.** Le recours est admis.

**II.** La décision rendue le 8 novembre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la

cause lui est renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

**III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à J.\_\_\_\_\_ une indemnité de 2'200 fr. (deux mille deux cents francs) à titre de dépens.

**IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Joël Crettaz, avocat (pour J.\_\_\_\_\_),
- 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).

Le greffier :