

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 août 2014

Présidence de Mme BERBERAT
Juges : Mme Pasche et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

P._____, au [...], recourant, représenté par Intégration Handicap, Service juridique, à Lausanne,

et

A._____, à Vevey, intimé.

Art. 6, 7, 8, 16 LPGA, 28, 29 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. **a)** P._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1975, sans formation, travaillait depuis le 1^{er} avril 2009 en qualité de manoeuvre au sein de l'entreprise de maçonnerie et de génie civil W._____ au [...]. A ce titre, il était assuré contre le risque accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA).

Le 27 avril 2009, il a été victime d'un accident professionnel durant lequel il a reçu une plaque de coffrage de 800 kg sur la cheville gauche entraînant une fracture spiroïde diaphysaire pluri-fragmentaire de la jambe gauche, une fracture du col du talus gauche type Hawkins II avec luxation sous-talienne complète, ainsi qu'une fracture pluri-fragmentaire de la tête du talus. Il a été amené par ambulance aux urgences de l'hôpital de [...] et a subi le jour même une réduction ouverte et une ostéosynthèse de la fracture de la jambe gauche par plaque anatomique distale, une réduction ouverte de l'articulation sous-talienne gauche, une ostéotomie de la malléole interne, une réduction ouverte et ostéosynthèse du col du talus gauche et de la tête du talus gauche, une réduction ouverte et ostéosynthèse de la malléole interne gauche et la confection d'une attelle jambière gauche. Après une hospitalisation jusqu'au 8 mai 2009, un traitement sous forme d'antalgiques et d'attelle pendant six semaines, puis botte de décharge a été prescrit. Une incapacité de travail totale a été attestée dès le 27 avril 2009 à réévaluer. La CNA a pris en charge le cas.

Le 28 août 2009, l'assuré a bénéficié de l'ablation partielle du matériel d'ostéosynthèse associée à une plastie cutanée et le 23 septembre 2009, de l'ablation du reste du matériel d'ostéosynthèse et une cure de pseudoarthrose avec enclouage verrouillé du tibia. Dans un rapport du 16 février 2010, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement à la CNA, a préconisé un complément de rééducation à la Clinique L._____ (ci-après : L._____) et a estimé que la reprise de l'activité antérieure n'était pas possible même en cas

d'évolution favorable, si bien que l'assuré devait s'annoncer à l'assurance-invalidité.

L'assuré a finalement séjourné du 9 mars au 20 avril 2010 à la L._____ pour une rééducation stationnaire et une annonce à l'AI en vue d'un reclassement professionnel. Dans un rapport de synthèse du 4 mai 2010, les Drs R._____, spécialiste en rhumatologie, et N._____, respectivement médecin associé et médecin assistant au service de réadaptation de l'appareil locomoteur, ont confirmé une incapacité de travail totale dans la profession actuelle de maçon non qualifié tout en précisant que la reprise d'une activité physiquement exigeante serait probablement difficile. Ils ont constaté que l'évolution était plutôt favorable avec une bonne consolidation. Durant le séjour, l'intéressé a bénéficié d'une prise en charge physiothérapeutique à but de correction de la marche et de renforcement musculaire, séances qu'il devait continuer à sa sortie afin d'augmenter progressivement la charge sur sa jambe gauche. Un consilium psychiatrique n'a pas retenu de psychopathologie notoire, mais une attitude passive et attentiste susceptible de compliquer la rééducation. Il ressort en outre ce qui suit du rapport du 4 mai 2010 :

« (...)

STATUS DE SORTIE

TAH 135/81 mmHg. FC 100/rnin. Poids 67.2 kg. Afébrile.

Subjectivement, diminution des douleurs. Amélioration de la marche, avec un meilleur déroulement du pas avec le chaussage adapté. Amélioration de la force musculaire.

(...)

APPRECIATION ET DISCUSSION

A l'entrée, le patient se plaint de douleurs au niveau de la cheville et du genou gauches. Elles augmentent à l'appui sur le membre inférieur gauche. La nuit le patient doit trouver une position antalgique pour pouvoir dormir. (...)

(...)

Le bilan radiologique de la jambe, cheville et pied gauches effectué le 11.03.2010 montre une bonne consolidation des fractures.

Du consilium orthopédique du 15.03.2010, on ne retient actuellement aucune indication à un traitement chirurgical, notre consultant confirme la bonne consolidation des fractures.

Le patient a été vu dans les ateliers pieds-chaussures pour des chaussures stabilisantes de l'arrière-pied gauche avec une bande de déroulement de type Etonic, ceci a permis une nette amélioration de la marche.

(...) ».

b) Dans l'intervalle soit le 23 mars 2010, P._____ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi de mesures pour une réadaptation professionnelle, éventuellement d'une rente, l'intéressé précisant quant au genre de l'atteinte : « écrasement de la jambe gauche par des panneaux de coffrage avec fracture de la jambe gauche, fracture luxation de l'astragale gauche. AMO [ablation du matériel d'ostéosynthèse] 28.08.2009 et 23.9.2009 : associée à une plastie cutanée, cure de pseudoarthrose avec enclouage centromédullaire verrouillé du tibia gauche. Flexum du coude droit (accident dans la jeunesse)».

Dans un questionnaire pour l'employeur complété par W._____ le 19 avril 2010, ce dernier a précisé que l'assuré percevait en 2009 un salaire horaire de 25 fr. 35. En 2010, il aurait perçu 25 fr.60.

Au vu des éléments précités, l'OAI a soumis le cas à l'examen de son Service médical régional (ci-après : SMR). Par avis médical du 11 mai 2010, le Dr H._____ du SMR a relevé que l'assuré ne pouvait plus retourner sur les chantiers. Il conservait une claudication importante à la marche et des limitations fonctionnelles comme le travail en terrain irrégulier, le travail sur échafaudages, sur échelle, en position accroupie ou à genou, déplacements importants ou escaliers et port de charges lourdes de façon itérative. Le Dr H._____ a estimé que l'assuré présentait dès ce jour une pleine capacité de travail dans une activité quasi sédentaire en position assise avec possibilité d'alterner la position assise et debout.

Dans un rapport médical du 1^{er} juin 2010 à l'OAI, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de

l'appareil locomoteur et médecin chef à l'hôpital de [...], a attesté une totale incapacité de travail à compter du 27 avril 2009 dans l'activité habituelle. Il a estimé que l'assuré était en mesure de reprendre une activité adaptée à temps complet et ce, dès le 18 mai 2010, date du dernier contrôle du patient. Il a rappelé que si dans un premier temps, l'évolution avait été plutôt favorable, le patient avait présenté quelques mois après l'ostéosynthèse une déhiscence de la plaie chirurgicale [séparation d'une incision chirurgicale ou rupture prématurée de la fermeture de la plaie] avec mise à nu d'une vis au niveau du tibia distal gauche raison pour laquelle il avait subi le 28 août 2009 une AMO (ablation du matériel d'ostéosynthèse) partielle associée à une plastie cutanée. L'évolution a été défavorable en raison d'une nouvelle déhiscence cutanée et surtout une image radiologique compatible avec une pseudoarthrose du tibia distal gauche, ce qui a nécessité une nouvelle intervention, laquelle n'a toutefois pas amélioré la situation, le patient décrivant des douleurs surtout localisées au niveau du foyer de fracture du tibia distal gauche.

L'assuré ne pouvant plus exercer son activité habituelle de manœuvre du bâtiment suite à un accident professionnel, l'OAI a estimé qu'une évaluation et un éventuel reclassement étaient indiqués, mais devaient être précédés par des cours de français, l'assuré n'ayant quasiment aucune connaissance de cette langue (oral/écrit) à ce jour. Au départ, il était prévu que l'assuré suive dès le mois de juin 2010 une mesure AQB (acquisition de qualification de base) qu'il a refusée en raison de son déménagement, du déplacement jusqu'à la gare du [...], de la longueur des trajets jusqu'à [...] et de la date de ses vacances. L'intéressé a finalement signé un plan de réadaptation/contrat d'objectifs par lequel il s'engageait notamment à suivre un enseignement oral et écrit du français auprès d'O. _____ à [...].

Par communication du 10 août 2010, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un cours de formation, ainsi que des frais de déplacement [[...] et retour].

Il ressort d'une note interne du 10 septembre 2010 de la CNA que l'assuré s'est rendu au [...] du 27 juillet au 2 septembre 2010.

L'assuré a finalement débuté les cours de français auprès d'_____ le 6 septembre 2010, qui se déroulaient du lundi au vendredi à 50% (matin ou après-midi) et qui devaient se terminer le 12 novembre 2010. Le 28 septembre 2010, O._____ a informé l'OAI que l'assuré se présentait tous les jours à l'heure et qu'il suivait régulièrement la mesure mise en place (cf. note interne du 28 septembre 2010). Par courrier du 8 novembre 2010, l'assuré a annoncé à l'OAI qu'il avait dû cesser les cours en raison de douleurs insupportables et d'extrême fatigue et a transmis à cet effet un certificat médical du Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale, lequel a attesté une totale incapacité de travail du 1^{er} au 14 novembre 2010.

c) Après avoir été suivi par le Dr M._____, l'assuré a souhaité un deuxième avis et a consulté le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin associé au service de traumatologie et d'orthopédie du B._____. Dans un courrier du 21 mars 2011 à la CNA, ce praticien a retenu le diagnostic d'algoneurodystrophie au décours de la jambe gauche et a constaté la présence de douleurs résiduelles au niveau de la jambe gauche lesquelles ne permettaient pas une activité professionnelle physique ou avec une station debout prolongée.

Par courrier du 12 mai 2011, le Dr J._____ a sollicité l'avis de la Dresse G._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, médecin associée au service de rhumatologie du B._____, afin qu'elle évalue l'opportunité d'un nouveau séjour en rééducation. Dans un courrier du 7 juin 2011 adressé au Dr J._____, elle a notamment exposé ce qui suit :

« **Conclusions, traitement et évolution**

Il s'agit d'un cas difficile chez un patient qui, 2 ans après un accident sur le lieu de travail avec écrasement de la jambe gauche, se trouve

handicapé par la présence de la douleur et des limitations fonctionnelles qui l'obligent à se déplacer en décharge totale à gauche.

Notre évaluation est d'autant plus difficile, étant donné que le patient ne s'exprime pas du tout en français. Si radiologiquement on constate à ce jour une bonne consolidation des deux sites fracturaires, on ne comprend pas pourquoi les douleurs sont si intenses et pourquoi il n'arrive pas à charger même partiellement.

Cliniquement, sa jambe a l'aspect d'une **algoneurodystrophie en stade atrophique** et le diagnostic que l'on peut évoquer est donc :

- Syndrome douloureux régional complexe type I post-traumatique.
- Status post-fracture-luxation complexe de l'astragale gauche le 27.04.2009.
- Status post-fracture comminutive de la jambe gauche le 27.04.2009,
- Status post-ablation partielle du matériel d'ostéosynthèse au niveau du tibia et plastie cutanée le 28.08.2009.
- Status post-ablation du reste du matériel d'ostéosynthèse et cure de pseudarthrose avec enclouage verrouillé du tibia le 23.09.2009.

Sur le plan thérapeutique, il faut reconnaître que nous nous trouvons dans une impasse avec un pronostic de récupération défavorable après 2 ans d'évolution. Toutefois, je suis tout à fait d'accord avec vous pour réévaluer ce cas en milieu hospitalier et réinvestir avec une thérapie physique intensive (travail en piscine, massages BGM, whirlpool, exercices de détente et relaxation) en parallèle avec un ajustement de la médication. En effet, on pourra essayer l'antalgie du troisième palier, comme par exemple l'[...] et l' [...], ainsi que le [...] à des doses beaucoup plus importantes que ce qu'il prend actuellement.

Bien qu'il ne paraisse pas déprimé, il doit vivre toutefois une importante anxiété et une médication psychotrope me paraît aussi utile et dans ces cas, l'Amitriptyline ([...]) devrait être proposée.

Vu ses difficultés de communication en français et son isolement social, il sera certainement bénéfique de faire ces traitements en milieu hospitalier et un nouveau séjour à la SUVA me semble tout à fait raisonnable pour réévaluer sa situation et réajuster sa prise en charge ».

Dans un rapport du 2 septembre 2011 faisant suite à un séjour du 19 juillet au 19 août 2011 à la L._____, les Drs R._____ et K._____, médecin hospitalier, ont résumé le cas de l'assuré de la manière suivante :

« Vingt-huit mois après une fracture par écrasement de la jambe gauche et du talus gauche, traitée par ostéosynthèses, l'évolution n'est pas favorable. Il persiste des douleurs à la jambe gauche. La marche se poursuit en décharge quasi-complète à l'aide de deux cannes. Le bilan radiologique montre une consolidation des fractures. Sur la base de la clinique et de la scintigraphie on peut retenir une possible algodystrophie au décours de la jambe gauche.

M. P. _____ a été présenté à notre consultant chirurgien-orthopédiste, le 25.07.2011. Il n'y a pas d'indication à un traitement chirurgical complémentaire actuellement. L'importance des douleurs annoncées ne peut être mise sur le compte des seules constatations radiocliniques. Des facteurs extra-médicaux (isolement, mauvaise maîtrise du français) participent probablement à l'évolution défavorable. Sur le plan professionnel, l'incapacité dans l'activité de manoeuvre-maçon est définitive. Une demande AI est en cours. Dans une activité adaptée essentiellement en position assise ou en position alternée une capacité de travail pourrait être reconnue mais les chances de réintégration professionnelle restent limitées au vu des facteurs contextuels. L'état nous semble proche de la stabilisation.

Incapacité de travail dans la profession actuelle de manoeuvre-maçon : 100% pour une longue durée ».

Les médecins de la L. _____ ont en outre exposé que le consilium psychiatrique réalisé le 22 juillet 2011 n'avait mis en évidence aucun diagnostic psychopathologique.

Dans un rapport du 31 octobre 2011 faisant suite à un examen médical final effectué à la même date, le Dr J. _____ a constaté que l'amyotrophie était maintenant considérable et que tout le membre inférieur gauche était un peu froid. S'il était possible que l'assuré présentait une algodystrophie au décours, cela n'expliquait que très partiellement l'exclusion fonctionnelle de son membre inférieur gauche qui ne faisait que s'aggraver au fil du temps. Une ablation du matériel d'ostéosynthèse ne changerait rien à la situation, pas plus que la poursuite de la physiothérapie. En revanche, le traitement médicamenteux assorti de consultations espacées restaient à la charge de la CNA. Le Dr J. _____ a estimé que si le patient ne pouvait plus travailler comme manoeuvre, il conservait en revanche une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : charges moyennes, station debout prolongée et les longs trajets, surtout en terrain accidenté.

Dans un rapport médical intermédiaire du 11 décembre 2011, le Dr M. _____ a considéré que l'évolution restait défavorable, malgré deux séjours à la L. _____ et les différentes consultations pour un deuxième avis, aucune attitude chirurgicale n'ayant été proposée pour améliorer la situation actuelle. Le patient souffrant d'une certaine gêne au

niveau du genou suite à l'entrée du clou tibial, le Dr M._____ a décidé d'effectuer une ablation du matériel d'ostéosynthèse en date du 21 mars 2012.

Dans un rapport médical intermédiaire du 2 mai 2012, le Dr M._____ a indiqué que la situation restait défavorable sans changement au niveau de la symptomatologie algique malgré l'ablation du clou.

Par courrier du 8 juin 2012, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 juin 2012, la situation médicale étant stabilisée. Elle continuait toutefois la prise en charge du traitement médicamenteux nécessaire assorti de consultations espacées auprès de son médecin. Elle précisait en outre qu'elle allait examiner s'il avait droit à d'autres prestations.

Par décision du 25 juin 2012, la CNA a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 18'900 francs, soit 15% du gain annuel fixé à 126'000 francs. Elle a en outre alloué une rente d'invalidité de 15% d'un montant mensuel de 426 francs 80, basée sur un gain annuel assuré de 42'678 francs, avec effet au 1^{er} juillet 2012. Elle a en effet considéré que l'intéressé était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie telle qu'employé de production ou dans des travaux de contrôle à la condition de ne pas trop mettre à contribution sa jambe gauche. Une telle activité était exigible la journée entière et lui permettrait de réaliser un revenu mensuel d'environ 4'200 francs. Comparé au gain de 4'961 fr. réalisable sans l'accident, il en résultait une perte de gain de 15%.

d) Dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité, le Dr H._____ du SMR a, dans un rapport du 13 mars 2012, retenu comme atteinte principale à la santé une fracture comminutive de la jambe gauche et une fracture de luxation complexe de l'astragale et a relevé en outre les éléments suivants :

« (...).

Alors que la fracture de l'astragale a eu une évolution relativement simple, celle de la jambe s'est compliquée d'abord d'une petite nécrose cutanée avec mise à nu du matériel d'ostéosynthèse associée à une ablation partielle du matériel d'ostéosynthèse et plastie cutanée le 28.08.2009. Il y a eu également un retard de consolidation.

Le 23.09.2009, ablation du reste du matériel d'ostéosynthèse et cure de pseudarthrose avec enclouage verrouillé du tibia. Sur les radiographies, les fractures étaient solides. L'astragale était un peu inhomogène. L'articulation tibio-astragalienne avait récupéré une bonne mobilité tandis que la sous-astragalienne était nettement enraidie.

L'assuré a fait un premier stage à la Clinique L. _____ en mars 2010 qui a confirmé la solidité des fractures et un consilium psychiatrique n'a pas retenu de psychopathologie notoire mais une attitude passive et attentiste susceptible de compliquer la rééducation, l'assuré se déplaçant toujours avec des cannes et sans prendre appui sur son membre inférieur [gauche].

Le diagnostic d'algodystrophie a été écarté par certains spécialistes et retenu par d'autres devant les plaintes pour douleurs de l'assuré et de son refus de mettre en charge sa jambe [gauche]. Il a pu néanmoins se rendre au [...] pour des vacances. Un deuxième séjour à la clinique L. _____ en juillet-août 2011 qui confirme la solidité des fractures et une scintigraphie osseuse qui est compatible avec le diagnostic d'algodystrophie mais une discordance entre les douleurs et le diagnostic annoncé. L'absence de pathologie psychiatrique invalidante a été confirmée. L'algodystrophie n'expliquant toujours pas l'exclusion du membre inférieur [gauche].

La SUVA (dans son rapport Dr J. _____ 31.10.2011) confirme que l'activité habituelle de manoeuvre sur les chantiers n'est plus exigible mais que dans toute activité adaptée, c'est-à-dire respectant les limitations fonctionnelles mentionnées sur la page 1 de ce document [note réd. : pas de port de charges lourdes, pas de station debout prolongée, et pas de long trajet surtout en terrain accidenté], la capacité de travail était pleine et entière ».

Le Dr H. _____ a fixé la date du début de la réadaptation au 11 mai 2010.

Le 10 mai 2012, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision par lequel il entendait refuser le droit à un reclassement professionnel et une rente, compte tenu de la reconnaissance d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée, soit respectant les limitations fonctionnelles (pas de port de charges lourdes, pas de station debout prolongée, et pas de long trajet surtout en terrain accidenté), telle

qu'employé d'usine, manutentionnaire léger, cariste, ouvrier de fabrique. L'OAI a dès lors procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'901 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (secteur privé; production et services) en 2010, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2010 (41,6 heures) et d'un taux d'abattement de 15%, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu hypothétique annuel d'invalidé de 51'989 fr. 81. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 58'523 francs en qualité de manoeuvre en maçonnerie, permettait de retenir une perte de gain de 6'533 fr. 19, ce qui correspondait à un degré d'invalidité de 11.16%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Compte tenu du taux d'invalidité, l'assuré n'avait pas droit à un reclassement professionnel. En effet, le droit à la rente potentiel était né le 1^{er} avril 2010. Toutefois, l'assuré ayant déposé sa demande de prestations le 25 mars 2010 seulement, la demande de l'assuré était tardive et la rente ne pouvait être allouée qu'à partir du 1^{er} septembre 2010, date à laquelle une pleine capacité de travail dans une activité adaptée était reconnue.

Par communication du 10 mai 2012, l'OAI a octroyé à l'assuré une aide au placement sous forme d'une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi.

Le 18 juin 2012, l'assuré a contesté le projet précité, alléguant que son état de santé à partir du 10 mai 2010 ne lui permettait pas encore d'effectuer une activité professionnelle, même avec les limitations proposées.

Dans un rapport du 16 juillet 2012 à l'OAI, le Dr M. _____ a indiqué que le patient présentait toujours des douleurs très vives au repos au niveau du membre inférieur gauche suite à une probable algoneurodystrophie diffuse. Le patient marchait toujours avec l'aide de deux cannes anglaises en décharge complète. Selon lui, pour toute activité, la capacité de travail était nulle.

Dans un rapport médical du 17 juillet 2012 à l'OAI, le Dr D._____ a attesté une incapacité de travail à 100% en qualité de maçon, précisant que la capacité de travail dans une activité professionnelle adaptée était de 50%.

Le 24 juillet 2012, l'assuré, désormais représenté par Intégration Handicap, a rappelé que le Dr J._____ avait pu constater qu'il était pratiquement incapable de se déplacer sans ses deux cannes (rapport du 31 octobre 2011 à la CNA). Au demeurant, aucune activité adaptée n'avait été concrètement définie par l'OAI.

Par avis médical du 14 août 2012, le Dr H._____ du SMR a maintenu sa position relative à la reconnaissance d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, l'estimation faite par le Dr M._____ quant à la capacité de travail étant simplement une appréciation différente d'une même situation. Le Dr H._____ a ajouté qu'il suivait donc l'appréciation faite par la CNA basée sur les rapports de la L._____ et de leurs propres observations cliniques.

Par décision du 13 novembre 2012, dont la motivation figure dans un courrier séparé portant la même date, l'OAI a confirmé son projet de décision du 10 mai 2012, à savoir le refus d'une mesure de reclassement professionnel et d'une rente d'invalidité.

e) Dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-accidents, le conseil de l'assuré a déposé le 13 décembre 2012 une demande de révision de la décision du 25 juin 2012, en raison de nouveaux évènements. Il a ainsi produit un courrier du 10 décembre 2012 du Dr M._____, lequel a fait état d'une évolution défavorable, l'assuré présentant à nouveau une petite déhiscence au niveau de la cicatrice distale avec un écoulement, raison pour laquelle il l'a adressé au Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin chef au sein du service d'orthopédie et de traumatologie du B._____ Ce praticien suspectait en effet une

éventuelle infection chronique au niveau du tibia. Dans ce contexte, le Dr M. _____ a estimé qu'il n'était pas possible d'établir un taux d'activité ou un type d'activité envisageable pour le patient. Il convenait dès lors d'attendre les différents résultats des examens radiologiques et éventuellement la décision de reprise chirurgicale au niveau du membre inférieur gauche.

Dans un rapport médical intermédiaire du 6 mars 2013, le Dr X. _____ a indiqué qu'en raison de la persistance des douleurs et d'une suspicion d'ostéite chronique du tibia distal gauche, le patient avait été opéré le 23 janvier 2013 pour un débridement de plaie, séquestrectomie, alésage de propreté et mise en place d'antibiotiques locaux. Cette intervention pouvait mettre en évidence des germes, suivie par l'introduction d'une antibiothérapie iv pour deux semaines, suivie par une antibiothérapie per os prévue pour trois mois. Il a enfin précisé que la capacité de travail serait évaluée lors du prochain contrôle le 5 mars 2013.

B. Par acte de son mandataire du 13 décembre 2012, P. _____ recourt contre la décision du 13 novembre 2012 rendue par l'OAI et conclut à la mise en œuvre d'une expertise médicale orthopédique et neurologique judiciaire et à la réforme de la décision dans le sens des conclusions de l'expertise mise en œuvre, sous suite de frais et dépens. Le recourant se réfère au rapport du 10 décembre 2012 du Dr M. _____ lequel a notamment relevé qu'il n'était pas possible d'établir un taux d'activité ou un type d'activité envisageable pour le patient. Il convenait dès lors d'attendre les différents résultats des examens radiologiques et éventuellement la décision de reprise chirurgicale au niveau du membre inférieur gauche. Au vu de la suspicion de la présence d'une algoneurodystrophie, le recourant préconise de mettre en œuvre une expertise médicale avec volet neurologique. Compte tenu de la suspicion d'une infection chronique, le recourant demande d'interroger le Dr X. _____ avant de savoir si un volet infectiologique s'impose dans le cadre de l'expertise médicale.

Dans sa réponse du 12 février 2013, l'intimé produit un avis médical du 31 janvier 2013 du Dr ???____ du SMR, lequel conclut qu'au vu du rapport du Dr M.____, l'état de santé du recourant n'était pas stabilisé. Si l'hypothèse de l'ostéite se vérifie, le SMR serait appelé à modifier sa position et à reconnaître une cause organique aux douleurs annoncées. L'intimé souhaite dès lors prendre connaissance des résultats des investigations évoquées, raison pour laquelle il demande à l'autorité de céans de solliciter le Dr X._____.

Par courrier du 27 mars 2013, la juge alors en charge de l'instruction a demandé au Dr X._____ de se déterminer sur le rapport du Dr M._____ et de répondre aux questions posées par les parties.

Le 6 mai 2013, le Dr X._____ a répondu aux questions de la manière suivante :

« 1. Quels ont été les résultats du fistulo-scanner et quel est votre diagnostic?

Le fistulo-scanner du 22.11.2012 a montré une minime quantité de produit de contraste au niveau du défaut cutané et malléolaire interne avec des remaniements corticaux à plusieurs endroits de l'os tibial, mais pas de fistule directe entre l'os et la peau. L'IRM effectuée en date du 22.11.2012 n'a pas pu mettre en évidence une extension à la corticale osseuse de la lésion cutanée malléolaire interne.

2. Est-ce qu'il y a une cause organique aux douleurs annoncées?

Les douleurs sont difficilement à mettre en relation avec une cause organique.

3. Compte tenu de l'état de santé de Monsieur P._____, concluez-vous à des limitations fonctionnelles entravant sa capacité de travail autres que l'absence de port de charges lourdes, de station debout prolongée et de longs trajets (surtout en terrain accidenté)?

Vu les importantes douleurs du patient, il y a des limitations fonctionnelles entravant directement sa capacité de travail, mais ses douleurs ne sont pas explicables uniquement par un problème somatique.

4. Quelle est selon vous la capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles précitées?

100%.

5. La situation est-elle susceptible d'amélioration?

Un nouveau séjour à la L._____ de [...] est prévu pour regarder comment on pourrait améliorer la situation ».

Par courrier du 3 juin 2013, le recourant a constaté que la question relative à la position du Dr M. _____ sur son cas n'avait pas été soumise au Dr X. _____. Par ailleurs, il remet un courrier du 15 mai 2013 de la CNA l'informant qu'elle reprenait le versement des indemnités journalières avec effet au 1^{er} juillet 2012 sous déduction de la rente déjà versée depuis cette date. La décision du 25 juin 2012 était par conséquent nulle et non avenue. La CNA s'est ainsi référée à l'appréciation médicale du Dr J. _____ du 13 mai 2013 lequel a estimé que l'ostéite chronique avérée au niveau du tibia distal constituait un fait nouveau incontestable dont il était bien difficile de savoir à quand elle remontait. Les conclusions prises lors de l'examen du 31 octobre 2011 ne pouvaient dès lors être maintenues et le cas devait être considéré comme non stabilisé.

Le 8 juillet 2013, l'intimé a transmis un avis médical du 28 mai 2013 du médecin du SMR, lequel a constaté que les réponses du Dr X. _____ étaient assez explicites pour n'avoir guère besoin d'être commentées, qu'il n'y avait pas d'ostéite démontrable au fistulo-scanner, que les douleurs n'avaient probablement pas de cause organique, qu'il n'y avait pas d'autres limitations fonctionnelles que celles déjà retenues et que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100%. L'intimé a en outre constaté que la CNA avait décidé de revoir sa position, car le Dr J. _____ avait estimé qu'un fait nouveau, soit la présence d'une ostéite avérée était constatée (rapport du 13 mai 2013). Or ladite présence n'était en réalité pas avérée et les symptômes constatés ne pouvaient dès lors pas être mis en relation avec une cause organique. Quand bien même les douleurs alléguées devaient avoir vocation à être prises en compte, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles comme l'a indiqué le Dr X. _____.

Dans ses déterminations du 23 août 2013, le recourant constate que les réponses du Dr X. _____ sont manifestement insuffisantes pour que sa capacité de travail puisse être déterminée.

Le 23 septembre 2013, la CNA a produit le dossier complet de l'assuré.

Le 21 octobre 2013, le recourant produit deux certificats médicaux relatifs à l'opération subie en mai 2013. Ainsi, dans un courrier du 17 septembre 2013 adressé au conseil du recourant, la Dresse T._____, médecin-assistante au service de chirurgie plastique et reconstructive du B._____, a exposé les éléments suivants :

« (...). Je suis effectivement à ma consultation le patient susnommé que nous avons opéré en mai 2013. L'évolution de la plaie est actuellement satisfaisante mais nécessite encore une ou deux semaines d'attente avant de savoir si un séjour à la SUVA est envisageable.

Rappelons que M. P._____ avait été opéré en mai 2013 d'une révision de cicatrice au niveau de la jambe suite à la confection d'un lambeau sural. Par la suite l'évolution a été défavorable avec une déhiscence de plaie importante, que nous avons traitée conservativement par l'application de concentré plaquettaire. L'évolution est actuellement favorable et la plaie complètement fermée depuis quelques jours. Durant tout le suivi, l'incapacité de travail était totale. Nous attendons encore quelques semaines pour être sûrs que la cicatrice est complètement stable et réadresserons le patient au Dr X._____ qui évaluera la suite de l'incapacité de travail ».

Par ailleurs, dans un courrier du 26 septembre 2013, le Dr X._____ a relevé que « vous êtes certainement maintenant en possession de la lettre de la Dresse T._____, dat[ée] du 17 septembre 2013, qui dit que pour nos collègues de la chirurgie plastique, un séjour à la SUVA est encore prématuré et que nous allons pouvoir nous déterminer une fois que la cicatrice est complètement stable ».

Par courrier du 5 novembre 2013, l'intimé renonce à formuler des observations.

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'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; 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 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 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 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile contre la décision rendue le 13 novembre 2012 par l'OAI.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (cf. exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise

d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD)

2. En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à refuser l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une mesure de reclassement professionnelle au recourant, singulièrement sur l'estimation de la capacité de travail à laquelle il a procédé.

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins ; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 LAI).

b) 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. 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 9C_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1 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 ; RCC 1980 p. 263 ; Pratique VSI 2002 p. 64 ; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1, I 312/2006 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013 consid. 2.2 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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 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 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C_66/2013 du 1^{er} juillet 2013 consid. 4, 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1, 8C_658/2008 et 8C_662/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1).

Il n'existe pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne d'une assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 et 4.6 ; TF 9C_737/2012 du 19 mars 2013 consid. 2.3). 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 ; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b ; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 4 et 9C_649/2008 du 31 août 2009 consid. 2 ; TFA I 554/2001 du 19 avril 2002 consid. 2a).

3. Le recourant conteste essentiellement le bien-fondé de la décision dont est recours, estimant qu'il présentait au-delà du 10 mai 2010 une incapacité totale de travail, respectivement que son état de santé ne lui permettait pas encore d'effectuer une activité professionnelle même avec les limitations proposées. Il soutient en outre qu'au vu de la suspicion d'une algoneurodystrophie et d'une infection chronique, il sied de mettre sur pied une expertise médicale. L'intimé, quant à lui, considère que le recourant présente une pleine capacité de travail dès le 11 mai 2010 dans une activité adaptée, soit respectant les limitations fonctionnelles décrites, à savoir pas de port de charges lourdes, pas de station debout prolongée, et pas de long trajet surtout en terrain accidenté.

a) Il ressort du dossier que le recourant, sans formation, travaillait en qualité de manœuvre en maçonnerie depuis moins d'un mois lorsqu'il a été victime le 27 avril 2009 d'un accident professionnel ayant entraîné une fracture spiroïde diaphysaire pluri-fragmentaire de la jambe gauche, une fracture du col du talus gauche type Hawkins II avec luxation sous-talienne complète, ainsi qu'une fracture pluri-fragmentaire de la tête

du talus. Dès le 27 avril 2009, une totale incapacité de travail a été attestée, à réévaluer. Le recourant a bénéficié le 28 août 2009 de l'ablation partielle du matériel d'ostéosynthèse associée à une plastie cutanée, en raison d'une déhiscence de la plaie chirurgicale avec mise à nu d'une vis au niveau du tibia distal gauche. Le 23 septembre 2009, il a subi une ablation du reste du matériel d'ostéosynthèse et une cure de pseudoarthrose avec enclouage verrouillé du tibia, en raison d'une nouvelle déhiscence cutanée et surtout d'une image radiologique compatible avec une pseudoarthrose du tibia distal gauche (rapport du Dr M. _____ du 1^{er} juin 2010). A la demande de la CNA, le recourant a séjourné à la L. _____ du 9 mars au 20 avril 2010. Lors de son arrivée à la L. _____, le recourant se plaignait de douleurs au niveau de la cheville et du genou augmentant à l'appui sur le membre inférieur gauche. Compte tenu des douleurs présentées, une série d'examens radiologiques et cliniques a été effectuée. Ainsi le bilan radiologique de la jambe, cheville et pied gauches réalisé le 11 mars 2010 a montré une bonne consolidation des fractures, élément confirmé lors d'un consilium orthopédique. A l'issue de la rééducation stationnaire, les médecins de la L. _____ ont constaté subjectivement une diminution des douleurs, une amélioration de la marche avec un meilleur déroulement du pas avec chaussage adapté et une amélioration de la force musculaire. Une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle de manœuvre en maçonnerie a finalement été retenue par les médecins de la L. _____ - appréciation partagée par l'ensemble des praticiens consultés par le recourant -, la reprise d'une activité physiquement exigeante étant probablement difficile. Sans se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée, les médecins de la L. _____ ont toutefois précisé que durant son séjour, il avait été conseillé au recourant de déposer une demande en vue d'un reclassement professionnel auprès de l'OAI, ce que le recourant a fait le 23 mars 2010. C'est dans ce contexte que le Dr H. _____ du SMR a considéré que malgré une claudication importante à la marche et des limitations fonctionnelles - comme le travail en terrain irrégulier, le travail sur échafaudages, sur échelle, en position accroupie ou à genou, déplacements importants ou escaliers et port de charges lourdes de façon itérative -, le recourant présentait une pleine capacité de

travail dans une activité adaptée, soit une activité quasi sédentaire en position assise avec possibilité d'alterner la position assise et debout et ce, dès le 11 mai 2010, date de l'avis médical du SMR. Compte tenu du faible niveau de connaissance du français du recourant, l'intimé a pris en charge une mesure d'intervention précoce sous la forme de cours de français, qu'il a régulièrement suivi dès le 6 septembre 2010 pour finalement y mettre fin quelques jours avant son terme prévu le 12 novembre 2010 en raison de fatigue et de douleurs, incapacité de travail dûment attestée par le Dr D._____, mais pour une durée limitée, soit du 1^{er} au 14 novembre 2010.

b) L'appréciation des pièces médicales ne saurait être valablement mise en cause par la seule affirmation du recourant selon laquelle il n'était pas en mesure d'exercer une activité adaptée à 100% dès le 11 mai 2010, notamment en raison de l'absence de toute explication claire et objective sur l'origine des douleurs dont il se plaint. Ainsi, le Dr M._____ a estimé que le recourant était en mesure de reprendre une activité adaptée et ce, dès le 18 mai 2010, date du dernier contrôle du patient, précisant que l'activité devait notamment s'effectuer en position assise (rapport à l'OAI du 1^{er} juin 2010). Si le Dr Z._____ a posé le diagnostic d'algoneurodystrophie, il n'a pas exclu la reprise d'une activité adaptée, laquelle ne devait être ni physique, ni en station debout prolongée (courrier du 21 mars 2011 à la CNA). Les Drs R._____ et K._____ ont également conclu à la reconnaissance d'une capacité de travail dans une activité adaptée essentiellement en position assise ou alternée. Ils ont qualifié de possible la présence d'une algodystrophie tout en faisant état d'une discordance entre les douleurs et le diagnostic précité, en ce sens que les douleurs ne pouvaient être mises sur les seules constatations radiocliniques, des facteurs extra-médicaux (isolement, mauvais maîtrise du français) participant probablement à l'évolution défavorable (rapport du 2 septembre 2011), appréciation corroborée par le Dr J._____, lequel a relevé que s'il n'était pas exclu que le recourant présentait une algodystrophie au décours, cela n'expliquait que très partiellement l'exclusion fonctionnelle de son membre inférieur gauche (rapport du 31 octobre 2011). En définitive, malgré deux séjours à la

L._____, la situation est restée défavorable en raison des douleurs dont se plaignait le recourant.

Il sied en outre de constater que la présence d'une petite déhiscence au niveau de la cicatrice distale avec un écoulement dont a fait état le Dr M._____ en décembre 2012, soit plus deux ans et demi après la reconnaissance d'une capacité de travail dans une activité adaptée, ne permet pas de remettre en cause l'appréciation du SMR sur ce point. Ainsi, sur la base d'un fistulo-scanner réalisé le 22 novembre 2012, le Dr X._____ a écarté la présence de fistule directe entre l'os et la peau (rapport du 6 mai 2013). Il a en outre précisé que les douleurs n'avaient probablement pas de cause organique et qu'il n'y avait pas d'autres limitations fonctionnelles que celles déjà retenues, la capacité de travail dans une activité adaptée étant de 100%. Certes, comme l'a relevé le SMR (avis médical du 28 mai 2013), la CNA a décidé de revoir sa position se référant à l'appréciation du Dr J._____ lequel a fait état d'une ostéite avérée (rapport du 13 mai 2013), alors que cette pathologie ne s'était en réalité pas vérifiée et que les symptômes constatés ne pouvaient dès lors pas être mis en relation avec une cause organique. En définitive, l'avis du Dr M._____ du 10 décembre 2012, auquel se réfère le recourant apparaît davantage motivé par les plaintes de son patient que par des éléments objectifs tirés des examens cliniques et radiologiques, le Dr X._____ ne corroborant pas son appréciation quant à l'origine organique des douleurs.

c) Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à

une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352, consid. 2.2.2 ; TF I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1 ; TFA I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b), ce qui n'est pas le cas en l'espèce, aucune pathologie psychiatrique n'ayant été reconnue en l'occurrence.

d) En l'absence de toute explication claire et objective sur l'origine des douleurs du recourant, la Cour de céans retient que la décision du 13 novembre 2012 échappe à la critique en tant qu'elle retient que le recourant conserve une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles telles que retenues par le SMR et ce, à compter du 11 mai 2010.

4. Il s'agit à présent de déterminer la perte de gain que subirait le recourant dans l'exercice d'une activité médicalement exigible.

a) L'invalidité, notion juridico-économique et non médicale, est évaluée, chez les assurés actifs, en comparant le revenu que l'intéressé pourrait obtenir en exerçant une activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé) avec le revenu qu'il aurait eu s'il n'était pas devenu invalide (revenu sans invalidité), ce qui correspond à la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGa). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1, ATF 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner 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 sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main-d'oeuvre. S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 8C_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2 ; TF 9C_446/2008 du 18 septembre 2008, 9C_236/2008 du 4 août 2008 et I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; VSI 6/1999 p. 247 consid. 1 et les références citées).

La comparaison des revenus (revenu avec invalidité et revenu sans invalidité) s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

b) Selon la jurisprudence constante fédérale, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

c) Lorsque le revenu d'invalidé est fixé sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (cf. ATF 126 V 175 ; UELI KIESER, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht (ASTG), in : SBVR, Soziale Sicherheit, 2^{ème} édition, Bâle 2007, ch. 25, p. 248). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). A cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles dans lesquelles se trouve la personne invalide, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de services, la nationalité, ou la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'activité (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc). La mesure dans laquelle les salaires ressortissant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge; il ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances d'espèce (ATF 137 V 71 consid. 5.2 ; ATF 126 V 75 consid. 5b/bb). Le pouvoir d'examen du juge cantonal des assurances sociales s'étend à l'opportunité de la décision administrative et n'est pas limité à la violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (ATF 137 V 71 consid. 5.2). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a adoptée, dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2). Enfin, il y a lieu de rappeler que de jurisprudence

constante, la déduction globale maximale est limitée à 25 % (cf. notamment : TF 9C_692/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.5).

d) Au regard de la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée, l'intimé a considéré qu'il présentait un taux d'invalidité nettement inférieur à 20%, ne justifiant pas l'octroi de mesures de reclassement dans une nouvelle profession. Vérifié d'office, le calcul du taux d'invalidité qu'il a effectué ne prête pas flanc à la critique. Il n'y a pas lieu de revenir plus en détail sur ce calcul, dans la mesure où le recourant se limite à contester la capacité résiduelle de travail constatée par l'intimé, sans soulever de grief relatif au taux d'invalidité inférieur à 20% finalement retenu. Dans ce contexte, on précisera néanmoins que compte tenu des limitations fonctionnelles décrites par les médecins, le nouveau poste de travail n'impliquerait pas nécessairement d'adaptations particulières. Vu le large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier - (TF I 383/06 du 5 avril 2007 consid. 4.4), un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont adaptées aux problèmes physiques du recourant. Il suffit à cet égard de se référer aux exemples d'activités adaptées mises en évidence par l'intimé, soit employé d'usine, manutentionnaire léger, cariste ou ouvrier de fabrique (note interne de l'OAI/calcul du salaire exigible du 27 mars 2012). A cet effet, une aide au placement a été accordée afin que l'assuré puisse obtenir un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié. Il sied enfin de rappeler que, conformément à l'obligation de diminuer le dommage, le recourant est tenu d'atténuer par tous les moyens les effets de son invalidité en tirant parti de son entière capacité résiduelle de travail (ATF 123 V 96 consid. 4c ; 113 V 28 consid. 4a ; TFA I 606/02 du 30 janvier 2003 consid. 2 et les références citées). La Cour de céans ne saurait en effet fonder son jugement sur le travail que l'intéressé s'estime capable de fournir, mais bien sur celui qui est objectivement compatible avec son état de santé, tels qu'il ressort des certificats médicaux ayant valeur probante. Une

expertise judiciaire n'apparaît pas de nature à modifier cette appréciation, de sorte qu'il convient d'y renoncer.

5. a) En définitive, la Cour de céans retient que la décision du 13 novembre 2012 échappe à la critique en tant qu'elle retient que le recourant conserve une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles telles que retenues par le SMR à compter du 11 mai 2010. En raison du dépôt de la demande de prestations le 23 mars 2010, alors que l'incapacité de travail remonte au 27 avril 2009, la rente ne peut être versée que dès le 1^{er} septembre 2010 (soit après l'écoulement d'un délai de six mois après le dépôt de la demande de prestations AI ; art. 29 al. 1 LAI), alors que le droit potentiel à la rente est né le 1^{er} avril 2010 (art. 28 al. 1 LAI). La demande déposée par le recourant s'avère toutefois tardive, la rente ne pouvant être allouée qu'à partir du 1^{er} septembre 2010, date à laquelle une pleine capacité de travail dans une activité adaptée était reconnue (soit trois mois après l'amélioration constatée en mai 2010).

b) La décision attaquée portant la date du 13 novembre 2012, l'autorité de céans n'a ainsi pas à se prononcer sur la capacité de travail du recourant suite aux opérations subies en janvier 2013 (débridement de plaie, séquestrectomie, alésage de propreté et mise en place d'antibiotiques locaux) et mai 2013 (révision de cicatrice au niveau de la jambe consécutive à la confection d'un lambeau sural ; cf. courrier du 17 septembre 2013 de la Dresse T._____). En effet, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 129 V 1 consid. 1.2 et les arrêts cités, 121 V 362 consid. 1b p. 366). L'on précisera toutefois que les nouveaux rapports médicaux produits à l'appui du recours, et dont l'OAI n'avait pas connaissance au moment de statuer, auraient pu le cas échéant justifier une nouvelle demande. Au cas où l'assuré n'aurait pas entrepris une telle démarche, les pièces qu'il a produites le 13 décembre 2012 sur la situation postérieure à la décision du 13 novembre 2012 pourront être considérées comme une nouvelle demande qui relève de la compétence de l'OAI. Il appartiendra dès lors à

l'intimé de considérer leur communication, le 13 décembre 2012, comme une nouvelle demande de prestations et de statuer à nouveau.

Pour le surplus, la présente procédure exclut d'ordonner des examens complémentaires, en l'occurrence la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, comme le demande le recourant.

c) Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée, sans qu'il y ait lieu de procéder aux mesures d'instruction complémentaire requises par le recourant.

d) 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. 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 1'000 francs. (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être arrêtés à 400 francs et être mis à la charge du recourant, qui succombe.

e) Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant (cf. art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 13 novembre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Intégration Handicap, Service juridique (pour P. _____), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :