

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 avril 2018

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Neu et Mme Pasche, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourant, représenté par G. _____ SA, à [...],

et

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

Art. 59 LPGA.

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 1958, sans formation professionnelle, œuvrait comme employé de cuisine à 100 % auprès de la Fondation de F._____ depuis le 1^{er} novembre 2007. Le 1^{er} juillet 2014, il a été victime d'une chute occasionnant une fracture intra-articulaire comminutive du calcanéum droit. Cette fracture a été traitée par réduction sanglante et ostéosynthèse le 14 juillet 2014, avec révision de la plaie de la face externe de l'arrière-pied droit le 5 août 2014 et ablation du matériel d'ostéosynthèse le 11 décembre 2014. Il en est résulté une incapacité de travail à 100 % depuis le 1^{er} juillet 2014, suivie d'une reprise d'activité à 50 % dès le 13 avril 2015.

En date du 24 juillet 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant des douleurs au talon consécutives à sa chute et l'empêchant de marcher.

Un extrait du compte individuel de l'assuré a été versé au dossier en date du 5 août 2015. Il en est ressorti qu'outre les revenus réalisés auprès de la Fondation de F._____ (qui avaient culminé à 62'584 fr. en 2013), étaient également comptabilisés des revenus pour l'employeur « [...] » depuis le mois de février 1997 (avec un maximum de 10'649 fr. entre 2006 et 2010).

Aux termes d'un questionnaire pour l'employeur complété le 7 août 2015, la Fondation de F._____ a en particulier indiqué que le salaire annuel de l'assuré s'élevait à 61'516 fr. 10 depuis le 1^{er} janvier 2015.

Dans un rapport du 11 août 2015, le Dr L._____, chirurgien orthopédiste traitant, a signalé des diagnostics incapacitants en relation avec l'atteinte au calcanéum droit consécutive à l'accident du 1^{er} juillet 2014, ainsi qu'une omarthrose bilatérale sévère à droite. Il a plus

particulièrement fait état d'une limitation du périmètre de marche à une heure grand maximum en raison des douleurs et de la tuméfaction du pied, étant précisé que les douleurs survenaient rapidement dans la matinée après le début du travail du patient. Il a également considéré que l'on ne pouvait pas s'attendre à une amélioration de la capacité de travail dans l'activité d'aide de cuisine pratiquée par le patient, puisque celui-ci était debout durant toute la journée de travail. S'agissant de l'exercice d'une activité adaptée, le Dr L. _____ a proscrit les activités exercées principalement en marchant et limité le taux d'occupation à 50 % pour les activités uniquement en position debout, nécessitant de travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux et en rotation position assise/position debout, ainsi que de soulever/porter des charges supérieures à 15 kg. Il a de surcroît évoqué des limitations au niveau de la capacité de concentration, de compréhension et d'adaptation.

Le 20 août 2015, la H. _____ [...] SA (ci-après : la H. _____), assureur-accidents de l'assuré, a transmis son dossier à l'OAI. Il en est notamment résulté que, par décision du 20 août 2015 se fondant sur l'appréciation de son médecin conseil le Dr B. _____, la H. _____ avait retenu que l'intéressé était apte à exercer son activité habituelle d'aide cuisinier à hauteur de 75 % dès le 3 août 2015 et de 100 % à compter du 5 octobre 2015. Cette décision sera confirmée sur opposition le 6 mai 2016 et la cause portée devant la juridiction cantonale (cf. let. C infra).

Le 28 août 2015, le Dr L. _____ a fait parvenir à l'OAI la copie d'un courrier adressé deux jours plus tôt au Dr B. _____, dans lequel il contestait l'appréciation de ce dernier médecin et concluait de son côté à une incapacité de travail durable de 50 %.

Par rapport du 22 septembre 2015, le Dr W. _____, spécialiste en médecine interne, a exposé qu'outre les suites de l'accident du 1^{er} juillet 2014, l'assuré présentait des diagnostics incapacitants sous forme d'omarthrose droite débutante et tendinite avancée de la coiffe des rotateurs, de cervicodiscarthrose avec discopathie C6-C7, de hernie discale paramédiane et foraminale droite, ainsi que de discopathie

lombaire. Faisant état d'un pronostic réservé au niveau de la cheville (à préciser avec l'orthopédiste traitant), il a indiqué, s'agissant plus précisément des épaules, que les douleurs évoluaient depuis 2011 environ, qu'il y avait une tendinopathie chronique avec rupture de certains tendons - une imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'épaule droite réalisée en septembre 2015 ayant notamment montré une déchirure complète du tendon du sus-épineux et du sous-épineux, avec une rétraction musculaire et une atrophie des deux muscles - et qu'il n'y avait que très peu d'évolution favorable sur ce plan. Le Dr W._____ a ajouté qu'un taux d'activité de 50 % dans l'activité habituelle lui semblait adapté à la situation du patient. Quant aux travaux encore exigibles, le Dr W._____ a indiqué que les activités uniquement en position assise ou debout ne pouvaient être exercées qu'à 50 % et qu'il y avait lieu d'éviter les activités exercées principalement en marchant, avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux ou nécessitant de monter sur une échelle ou un échafaudage. Relevant encore que l'intéressé comprenait le français de manière limitée, le Dr W._____ a conclu qu'une capacité de travail de 50 % était le maximum qui pouvait être atteint.

D'un rapport initial établi le 10 novembre 2015 par un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI, il est ressorti que l'assuré travaillait toujours à 50 % à la Fondation de F._____ ; en outre, depuis le 1^{er} novembre 1997, il assumait à temps partiel la conciergerie de son immeuble, activité « *effectuée depuis toujours par son épouse* ».

Le 11 décembre 2015, l'assuré a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique effectué par le Dr C._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Dans son rapport du 25 janvier 2016, ce médecin a exposé notamment ce qui suit :

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion durable sur la capacité de travail

- **DOULEURS DU TALON D PERSISTANTES APRÈS FRACTURE COMMUNITIVE DU CALCANÉUM OSTÉOSYNTHÉSÉE, ANKYLOSE DE L'ARTICULATION SOUS-ASTRAGALIENNE. S92.0**
- **DOULEURS MÉCANIQUES DE L'ÉPAULE D SUR DÉCHIRURE ÉTENDUE DE LA COIFFE DES ROTATEURS.**

- sans répercussion sur la capacité de travail

- **ANTÉCÉDENT DE LOMBALGIES SUR DISCOPATHIES LOMBAIRES.**
- **ANTÉCÉDENT DE CERVICALGIES SUR CERVICODISCARTHROSE.**

APPRÉCIATION DU CAS

[...]

Limitations fonctionnelles

Cheville-pied D : pas de travail debout prolongé au-delà de 30 minutes, pas de travail debout en position statique au-delà de 15 minutes, pas de montée-descente répétée d'escaliers, pas de travail sur plan instable, pas de travail accroupi, absence de port de charges répété au-delà de 10 kg (charges légères).

Epaule D : pas de travail prolongé du MSD au-delà de l'horizontale, pas de soulèvement de charges avec le membre supérieur D au-delà de 5 kg.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

L'IT est totale initialement dans toute activité lors de l'accident du 01.07.2014.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

L'assuré reprend dans son activité habituelle à 50 % à partir du 13.04.2015. Nous sommes d'avis que c'est l'exigibilité maximum que l'on peut attendre de l'assuré, ceci au vu de la pathologie touchant la cheville, le pied droits et également la coiffe des rotateurs D. Par ailleurs, nous partageons l'avis du Dr L. _____ comme quoi l'exigibilité ne serait pas complète même si l'assuré avait uniquement son problème au niveau de la cheville. C'est l'atteinte principale à la santé.

Concernant la CT exigible, elle est en 1^{er} lieu déterminée par la tolérance mécanique de la cheville et du pied D, au 2^{ème} plan par la tolérance mécanique de l'épaule D. Dans une activité adaptée, nous retenons une exigibilité complète à 1 mois de la reprise du 13.04.2015, c'est-à-dire à partir de mi-mai 2015.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE D'EMPLOYÉ DE CUISINE : 50 %

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 %

DEPUIS : MI-MAI 2015.

A TRADUIRE EN TERMES DE MÉTIER PAR UN SPÉCIALISTE EN RÉADAPTATION"

Par rapport du 25 février 2016, le Dr Z. _____, du SMR, s'est rallié à cette appréciation.

En date du 23 mai 2016, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. L'office a notamment retenu que l'intéressé présentait depuis le 1^{er} juillet 2014 une incapacité de travail qui s'élevait, à l'échéance du délai de carence légal d'une année le 1^{er} juillet 2015, à 50 % dans son activité habituelle. Toutefois, une capacité de travail de 100 % pouvait raisonnablement être exigée dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles. Cela étant, l'OAI a évalué le taux d'invalidité de l'assuré à 2,39 % sur la base d'un revenu sans invalidité de 61'516 fr. et d'un revenu avec invalidité - après abattement de 10 % tenant compte des limitations fonctionnelles - de 60'047 fr. 04. Or, un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donnait pas droit à une rente d'invalidité. L'office a également précisé que des mesures professionnelles n'avaient pas lieu d'être, attendu que des activités ne nécessitant pas de formation particulière étaient à la portée de l'assuré sans préjudice économique important. Quant au droit au reclassement, il n'était pas ouvert faute de perte de gain d'au moins 20 % environ.

Le 20 juin 2016, sous la plume de son conseil, l'assuré a fait part de ses objections à l'encontre du projet précité. Il a contesté l'entière capacité de travail reconnue par l'OAI dans une activité adaptée et a argué que son état de santé n'était pas stabilisé. Il a également critiqué le revenu sans invalidité de 61'516 fr., faisant valoir que son salaire à la Fondation de F. _____ avait atteint 62'584 fr. 25 en 2013 et que son activité accessoire de concierge était toujours d'actualité quand bien même son épouse assumait désormais l'essentiel du travail. Enfin, il a estimé que l'abattement opéré sur le revenu d'invalidité devait être porté à

20 %, compte tenu de l'importance de ses limitations fonctionnelles, de son âge et de son ancienneté au sein de la Fondation de F._____.

Le 4 août 2016, l'assuré a produit un rapport établi le 4 juillet précédent par le Dr W._____. Aux termes de ce compte-rendu, ledit médecin observait en particulier que l'état de santé était stabilisé et qu'il y avait peu d'amélioration à attendre. Au niveau de la cheville, l'assuré gardait un œdème persistant et douloureux en cas de position assise ou debout un peu prolongée. Concernant l'épaule, une intervention chirurgicale - si elle était acceptée par le patient - pourrait sensiblement diminuer les douleurs et améliorer la fonction. S'agissant de la capacité de travail, elle n'excédait pas 50 % dans l'activité actuelle. En outre, le Dr W._____ ne voyait pas quelle autre activité pourrait être proposée à l'assuré puisque, d'une part, le maintien de la même position (assis ou debout) au-delà d'une demi-journée avait tendance à augmenter nettement les douleurs et la tuméfaction de la cheville et que, d'autre part, la position assise prolongée avec le membre inférieur droit surélevé ne paraissait pas satisfaisante compte tenu des troubles dégénératifs du rachis et du risque de développer des douleurs à cet endroit.

Par avis médical SMR du 18 août 2016, le Dr Z._____ a maintenu son appréciation, estimant que les pièces médicales versées au dossier depuis janvier 2016 - y compris le rapport susmentionné du Dr W._____ - ne décrivaient aucun fait nouveau et n'évoquaient aucune aggravation notable et/ou durable.

Aux termes d'un courriel du 25 novembre 2016 adressé à l'OAI, le Dr X._____, spécialiste en médecine du travail à la Fondation de F._____, a exposé que l'assuré exerçait un métier physique, clairement incompatible avec les limitations indiquées par le SMR, y compris à 50 %. Il a dès lors demandé à ce que soit examiné le droit à des mesures d'accompagnement, d'aide au placement pour une activité à adaptée à 100 % ou d'autres mesures.

Dans un courriel du 14 décembre 2016, l'assuré s'est référé à une prochaine évaluation globale prévue pour 2017.

Par rapport du 27 décembre 2016, le Dr U._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a signalé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de status post fracture Sanders III du calcanéum droit en 2014, sans s'exprimer du point de vue de la capacité de travail. A ce rapport était joint un compte-rendu rédigé le 18 novembre 2016 par ce même médecin, exposant que le patient, qui n'avait plus de douleurs au dos, souhaitait une prise charge chirurgicale consistant en une arthrodèse sous-talienne avec une levée du conflit du mur externe avec la fibula - intervention présentant un risque de 50-75 % de non fermeture de la peau en raison des antécédents.

Le 27 décembre 2016 également, le Dr L._____ a rédigé un rapport posant les diagnostics de status après fracture intra-articulaire comminutive du calcanéum (avec troubles statiques générant un conflit sur les péroniers, status après ostéite du calcanéum et arthrose sous-talienne post-traumatique avec douleurs chroniques), de large rupture chronique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec douleurs chroniques, ainsi que de discopathie lombaire et cervicarthrose (avec phénomènes douloureux fluctuants influant aussi « *dans une certaine mesure* » sur la capacité de travail). Il a indiqué que la situation se dégradait globalement et que, s'agissant plus spécifiquement de la problématique affectant le pied, la situation se détériorait subjectivement avec des phénomènes douloureux s'aggravant avec le temps. Le Dr L._____ a ajouté que la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 50 % depuis le 13 avril 2015 et que, nonobstant la pleine capacité de travail reconnue depuis le début de l'été 2015 dans un emploi parfaitement adapté, il n'en demeurerait pas moins que le patient avait des capacités physiques et intellectuelles limitées et qu'une reconversion professionnelle était compromise à son âge. Concernant les limitations fonctionnelles au niveau du pied, le Dr L._____ a signalé qu'elles portaient principalement sur la capacité à déambuler, que l'intéressé ne pouvait rester plus de trente minutes debout sans s'arrêter un petit

moment pour s'asseoir, qu'il ne pouvait pas travailler plus de quatre heures par jour au grand maximum, qu'il n'était pas capable de marcher plus de quinze minutes sans s'arrêter et qu'il n'était davantage en mesure de porter des charges trop lourdes car cela décompensait son pied à la marche ; le patient ne pouvait pas non plus monter sur une échelle ou courir.

A la lumière de ces pièces médicales, le Dr Z. _____ du SMR a retenu le 6 février 2017 que l'activité de référence n'était plus adaptée mais que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée dès la mi-mai 2015.

Ayant informé l'assuré le 22 février 2017 des conclusions du SMR, l'OAI a rendu le même jour une décision lui refusant le droit à une rente d'invalidité aux motifs que sa capacité de travail était certes nulle dans son activité habituelle mais qu'elle demeurait entière dans une activité adaptée, avec un degré d'invalidité de 2,39 % inférieur au seuil requis en la matière.

Toujours le 22 février 2017, l'OAI a mis l'intéressé au bénéfice d'une aide au placement.

A la suite d'objections formulées le 13 mars 2017 par l'assuré, l'OAI a annulé sa décision précitée du 22 mars 2017 aux fins, notamment, d'interpeller le Dr A. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. L'assuré, qui avait entre-temps recouru le 27 mars 2017 contre la décision susdite, a conséquemment déclaré retirer son recours le 30 mars 2017, ce dont la juridiction cantonale a pris acte le 31 mars 2017 (cf. CASSO AI [...]/17 - [...]/2017).

Par envoi du 18 mai 2017, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport établi le 5 avril 2017 par le Dr A. _____, lequel exposait qu'un suivi psychiatrique avait débuté le 3 février 2017 et qu'il n'y avait pas de troubles psychiques entraînant une incapacité de travail, seul étant retenu

un épisode dépressif d'intensité légère n'induisant aucune limitation dans le cadre d'une activité d'aide de cuisine.

En date du 27 avril 2017, l'assuré a passé un nouveau contrat de travail avec la Fondation de F._____ en tant qu'aide de cuisine à 50 %, avec effet au 1^{er} août 2017. En parallèle, il s'est inscrit auprès de l'assurance-chômage (cf. confirmation d'inscription de l'Office régional de placement [...] [ORP] du 13 juin 2017).

Par décision du 12 juin 2017, l'OAI a maintenu son refus de rente compte tenu d'un taux d'invalidité de 3,80 %.

Aux termes d'une lettre d'accompagnement du même jour, l'office a notamment expliqué que si l'activité habituelle n'était plus envisageable sur le plan rhumatologique, il n'en restait pas moins qu'une pleine capacité de travail était exigible dans des emplois adaptés qui ne nécessitaient pas d'efforts physiques importants. A cela s'ajoutait que, sur le plan psychiatrique, le Dr A._____ avait conclu à l'absence d'atteinte psychiatrique ayant une incidence sur la capacité de travail. La situation médicale ayant été largement investiguée et permettant de statuer sans attendre une éventuelle autre expertise, il y avait donc lieu de maintenir l'exigibilité médicale retenue, à savoir une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée. S'agissant du revenu sans invalidité, l'OAI a relevé que le contrat de travail mentionnait un horaire déterminé selon les besoins du service, ce qui expliquait la fluctuation du salaire, mais qu'il n'était toutefois pas garanti que le salaire eût été plus élevé que celui mentionné par l'employeur. Cela précisé, l'office a indiqué avoir retenu un revenu sans invalidité équivalent à la moyenne des revenus réalisés par l'assuré à la Fondation de F._____ au cours des cinq années ayant précédé l'atteinte, soit un montant de 62'420 fr. 80 ; l'activité de conciergerie n'avait en revanche pas été prise en compte dans la mesure où, selon les premières déclarations de l'intéressé, l'ensemble des tâches y relatives était assumé par l'épouse depuis toujours. Enfin, l'OAI a confirmé le taux d'abattement de 10 % pratiqué sur le revenu d'invalidité, observant notamment que le niveau de compétence retenu comprenait

une multitude d'activités légères et moyennes à la portée de l'assuré et que celui-ci se trouvait à huit ans de l'âge de la retraite à l'époque de l'examen SMR ayant abouti à la reconnaissance d'une pleine capacité de travail. L'office a également estimé qu'il n'y avait pas lieu de prendre en compte les années d'activité passées auprès de la même entreprise, attendu que l'intéressé disposait de toutes les ressources nécessaires pour la recherche d'un emploi, une aide au placement lui ayant du reste été accordée.

B. Par correspondance du 29 juin 2017 adressée à l'OAI et transmise le 3 juillet 2017 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence, T._____, sous la plume de G._____ SA, a contesté la décision précitée. En substance, il déclare se rallier à la pleine capacité de travail dans une activité adaptée reconnue le 11 décembre 2015 par le Dr C._____. En revanche, se prévalant du rapport du Dr W._____ du 22 septembre 2015, il conteste que dite exigibilité puisse être acquise au 1^{er} juillet 2015 dès lors que, jusqu'à l'automne 2015, il s'est trouvé dans une phase aiguë s'agissant de ses problèmes d'épaule et de dos et qu'il n'aurait ainsi pu travailler à plus de 50 % dans une quelconque profession à ce moment-là. Concernant le gain de valide, il soutient qu'il assume bel et bien une activité annexe de concierge quand bien même son épouse l'aide régulièrement, surtout depuis l'accident du 1^{er} juillet 2014 ; dans ce contexte, il réfute la valeur probante du rapport du spécialiste en réadaptation de l'OAI du 10 novembre 2015, dans la mesure où ce document ne lui a pas été soumis pour signature. Il se prévaut en outre d'un abattement de 20 % sur le revenu d'invalidité compte tenu de son âge et de ses atteintes somatiques. Cela étant, l'assuré concède qu'une contestation portant sur le calcul des revenus sans et avec invalidité ne permettrait pas d'atteindre le seuil de 40 % ouvrant le droit à une rente AI. Il considère néanmoins que persiste la question du début de la pleine capacité de travail dans une activité adaptée et se prévaut, de surcroît, d'un intérêt digne de protection à la constatation d'un taux d'invalidité supérieur à celui arrêté par l'office, dans l'optique de l'octroi ultérieur d'une rente de l'assurance-accidents. Cela étant, l'intéressé conclut à ce que la décision du 12 juin 2017 soit

réformée en ce sens que la pleine capacité de travail dans une activité adaptée est admise à partir du 11 décembre 2015 et que le taux d'invalidité est considéré comme inférieur à 40 % mais sans en préciser le pourcentage exact.

Par écriture complémentaire du 24 juillet 2017, le recourant fait en particulier valoir que la teneur de son précédent recours du 27 mars 2017 reste globalement valable.

Par réponse du 20 septembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours dans la mesure de sa recevabilité. Sur le plan médical, l'OAI retient que les arguments du recourant ne révèlent pas d'éléments objectifs qui auraient été ignorés ou jetteraient un doute – même léger – sur l'évaluation effectuée par le SMR. Sous un autre angle, l'office observe que le seuil de 40 % d'invalidité n'est de toute façon pas atteint – comme l'admet le recourant – et que l'assureur-accidents procède en outre à sa propre évaluation du degré d'invalidité.

Invité à se prononcer sur la réponse, le recourant n'a pas procédé dans le délai imparti.

C. En date du 5 octobre 2017, la juridiction cantonale a pris acte de la transaction intervenue entre T._____ et la H._____ concernant le droit aux indemnités journalières de l'assurance-accidents, sous réserve du droit à d'éventuelles autres prestations de longue durée ou en cas de rechute, et a conséquemment rayé la cause du rôle (cf. CASSO AA 58/16 - 108/2017 du 5 octobre 2017).

E n d r o i t :

1. **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'AI (cf. art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices

Al cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (cf. art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. ATF 137 I 161 consid. 4.5), les cas d'irrecevabilité doivent être tranchés par une Cour du tribunal composée ordinairement de trois juges, lorsque la valeur litigieuse au fond est supérieure à 30'000 fr. (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD *a contrario*).

c) En l'espèce, le délai de recours a été observé - l'écriture du recourant du 29 juin 2017 adressée à l'intimé ayant été transmise le 3 juillet suivant à la Cour de céans (cf. art. 39 al. 2 et 60 al. 2 LPGA) - et les exigences de forme (cf. art. 61 LPGA notamment) satisfaites.

Il y a néanmoins lieu d'examiner de manière plus approfondie la recevabilité du recours, sous l'angle de l'intérêt à agir de l'assuré.

2. a) Selon l'art. 59 LPGA, a qualité pour recourir quiconque est, d'une part, touché par la décision ou la décision sur opposition et a, d'autre part, un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée.

La première condition est *in casu* remplie, dès lors que le recourant est à l'évidence touché par la décision rendue le 12 juin 2017. La seconde appelle en revanche un examen plus approfondi.

b) Selon la jurisprudence, l'intérêt digne de protection consiste en l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant, en lui évitant de subir un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait ; l'intérêt invoqué ne doit pas être juridiquement protégé mais peut être un intérêt de fait (cf. ATF 131 II 649 consid. 3.1 ; cf. aussi ATF 135 II 145 consid. 6.1 et 133 II 400 consid. 2.2 avec les arrêts cités ; cf. TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 1).

Une décision qui n'est contestée qu'en raison de ses motifs, et non de son dispositif, exclut en principe la qualité pour recourir de l'administré qui l'attaque (cf. ATF 125 V 339 consid. 4a et les réf. citées). En effet, il n'existe pas d'intérêt digne de protection lorsque le recours vise exclusivement à mettre en cause la motivation d'une décision attaquée, sans tendre à la modification de son dispositif. Or, pour ce qui a trait aux décisions concernant l'octroi ou le refus de prestations d'assurance, seule la prestation constitue en principe l'objet du dispositif. Comme l'évaluation du degré d'invalidité ouvrant droit à la rente relève, en règle générale, de la motivation de la décision d'octroi de prestations, elle ne peut faire partie du dispositif que dans la mesure où elle fait l'objet d'une décision en constatation. Seul le dispositif étant attaquant, il convient, en cas de contestation des motifs d'une décision d'octroi de prestations, de rechercher si, dans le cas particulier, le dispositif n'est pas aussi remis en cause implicitement. Il y a donc lieu d'examiner si le recourant a éventuellement un intérêt digne de protection à ce qu'il soit rendu une décision de constatation touchant le point contesté de la décision (cf. ATF 115 V 417 sv. consid. 3b/aa et les arrêts cités ; cf. TFA I 307/02 du 14 juillet 2003 consid. 2.3).

A cet égard, on ajoutera qu'une autorité ne peut rendre une décision de constatation (cf. art. 49 al. 2 LPGA ; cf. aussi art. 5 al. 1 let. b et 25 al. 2 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021]) que lorsque la constatation immédiate de l'existence ou de l'inexistence d'un rapport de droit est commandée par un intérêt digne de protection, à savoir un intérêt actuel de droit ou de fait,

auquel ne s'opposent pas de notables intérêts publics ou privés, et à condition que cet intérêt digne de protection ne puisse pas être préservé au moyen d'une décision formatrice, c'est-à-dire constitutive de droits ou d'obligations (cf. ATF 129 V 289 consid. 2.1 et 126 II 300 consid. 2c et les références).

c) A teneur de jurisprudence, un assuré n'a en principe pas d'intérêt digne de protection à faire constater l'existence d'un degré d'invalidité plus élevé que celui retenu par l'administration, lorsqu'il n'en résulte aucune incidence sur le montant de la rente litigieuse (cf. ATF 115 V 416 consid. 3b/aa et les références ; cf. TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 1.1).

3. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins.

Un taux d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente (cf. art. 28 al. 2 LAI).

4. Il est constant que, le 12 juin 2017, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité à l'endroit du recourant, retenant en substance que le taux d'invalidité de celui-ci était inférieur au seuil de 40 % requis par la loi et considérant de surcroît que le droit à des mesures professionnelles n'était pas ouvert.

Le recourant reconnaît ne pas avoir droit à une rente AI dès lors que son degré d'invalidité n'atteint le seuil de 40 % ouvrant le droit à une telle prestation. En ce sens, l'assuré se rallie donc au dispositif de la décision attaquée. Il en conteste néanmoins les motifs dans la mesure où il conclut, d'une part, à ce que le début de la pleine exigibilité dans une activité adaptée soit fixé au 11 décembre 2015 et, d'autre part, à ce qu'un

taux d'invalidité inférieur à 40 % - mais sans indication du pourcentage précis - lui soit reconnu dans l'optique de l'octroi d'une rente de l'assurance-accidents (cf. mémoire de recours du 29 juin 2017 p. 2).

a) On ne voit guère en quoi le recourant aurait intérêt à ce que la Cour de céans se prononce sur la reconnaissance d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 11 décembre 2015 seulement, en lieu et place de la mi-mai 2015 comme retenu par le SMR (cf. rapport d'examen clinique du Dr C. _____ du 25 janvier 2016 p. 9 ; cf. avis médical du Dr Z. _____ du 6 février 2017). En effet, cette problématique n'a aucune incidence sous l'angle de l'AI puisque l'assuré admet l'absence de droit à la rente et ne revendique, à ce stade, aucune autre prestation de ladite assurance. A cet égard, l'argumentation du recourant n'y vient rien changer puisque, pour contester l'exigibilité reconnue dès la mi-mai 2015, l'intéressé s'est contenté d'invoquer les troubles décrits le 22 septembre 2015 par le Dr W. _____ (cf. mémoire de recours du 29 juin 2017 p. 1) sans en tirer de conséquence concrète sur le plan juridique. Au surplus, la question n'aurait pas plus de portée dans d'autres domaines - que ce soit notamment sous l'angle de l'aptitude au placement en matière d'assurance-chômage, l'inscription de l'assuré à l'ORP (en juin 2017) étant postérieure aux faits discutés, ou que ce soit sous l'angle des prestations de l'assurance-accidents, celles-ci ayant pour partie fait l'objet d'une transaction (cf. let. C supra) et étant par ailleurs régies par des dispositions spécifiques (cf. art. 10 ss LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20] ; cf. également consid. 4b infra).

Dans ces conditions, on ne peut que nier tout intérêt digne de protection à ce qu'il soit statué sur ce point.

b) C'est par ailleurs le lieu de relever que selon la jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'AI n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (cf. ATF 131 V 362 consid. 2.3) ; la réciprocité de cette règle à l'égard de l'AI a également

été admise (cf. ATF 133 V 549 spéc. consid. 6.4). En d'autres termes, il est admissible pour un assureur-accidents d'évaluer l'invalidité d'un assuré indépendamment de l'appréciation émise par les organes de l'AI.

Il suit de là que le recourant ne peut se prévaloir d'un intérêt digne de protection à faire constater un degré d'invalidité inférieur à 40 %, sans référence à un taux précis, aux fins de sauvegarder ses droits en matière d'assurance-accidents.

Quant à la jurisprudence invoquée par l'assuré (cf. mémoire de recours du 29 juin 2017 p. 2 : TF 9C_822/2011 du 3 février 2012 consid. 3.1, publié *in* SVR 8-9/2012 IV n° 41 p. 153), elle ne lui est d'aucun secours dans la mesure où elle s'inscrit dans un cadre spécifique qui n'est pas transposable à la présente procédure. Dans l'affaire en question, le Tribunal fédéral a en effet reconnu un intérêt digne de protection à la constatation d'un taux d'invalidité supérieur (bien que ce point n'eût pas d'influence sur le droit à la rente) au motif que le taux d'invalidité était déterminant pour savoir si et, le cas échéant, dans quelle mesure il convenait de prendre en compte un revenu hypothétique pour fixer les prestations complémentaires. Autrement dit, c'est dans la relation entre le taux d'invalidité et le calcul des prestations complémentaires (cf. art. 14a al. 2 OPC-AVS/AI [ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 15 janvier 1971 ; RS 831.301]) que résidait, dans ce cas précis, l'intérêt digne de protection admis par la Haute Cour. Or, on ne saurait conclure à une telle interdépendance dans l'affaire ici litigieuse puisque, comme exposé ci-avant, l'évaluation de l'invalidité opérée en matière d'AI n'est pas dotée de force contraignante pour les organes de l'assurance-accidents, qui doivent exclusivement appliquer la législation topique régissant les prestations dans ce domaine.

Sur ce plan également, il n'y a donc pas d'intérêt digne de protection au présent recours.

c) Au regard des éléments qui précèdent, force est de conclure que, faute d'intérêt digne de protection, le recourant ne dispose pas de la qualité pour agir devant l'autorité de céans. Conséquemment, son recours doit être déclaré irrecevable.

5. Il y a lieu d'ajouter, par surabondance, que les griefs du recourant quant à l'évaluation de son invalidité n'auraient de toute manière pas pu influencer le sort de la cause au fond.

a) En ce qui concerne la question du début de la pleine exigibilité dans une activité adaptée, les seules constatations émises le 22 septembre 2015 par le Dr W. _____ (cf. mémoire de recours du 29 juin 2017 p. 1) ne sauraient suffire pour remettre en cause la date retenue dans le rapport du 25 janvier 2016 du Dr C. _____, confirmée les 25 février 2016 et 6 février 2017 par le Dr Z. _____.

A cet égard, il faut relever que l'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu ; il importe ainsi que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (cf. ATF 134 V 231 et 125 V 351 consid. 3). Quant aux rapports d'examen réalisés par un SMR, ils peuvent revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 avec les références ; cf. TF 9C_275/2014 du 21 août 2014 consid. 3).

Dans son rapport du 22 septembre 2015, le Dr W. _____ a certes estimé qu'une capacité de travail de 50 % était le maximum que pouvait atteindre l'assuré même dans une activité adaptée. Cet avis a toutefois été émis sans réelle motivation. Le Dr C. _____ a en outre dûment tenu compte des éléments exposés dans le rapport du Dr

W._____ du 22 septembre 2015 (cf. rapport d'examen clinique du 25 janvier 2016 p. 2) mais, au regard de l'ensemble des pièces communiquées et des résultats de l'examen clinique du 11 décembre 2015, il n'en a pas moins conclu à une pleine exigibilité dans une activité adaptée dès la mi-mai 2015. Cela étant, on ne voit pas en quoi il y aurait lieu d'écarter l'appréciation du Dr C._____, qui s'inscrit dans le cadre d'une analyse circonstanciée, au profit de l'avis succinctement exprimé par le Dr W._____ - étant précisé au demeurant, bien que ce point ne soit pas contesté, qu'aucun autre avis médical au dossier ne permet de nourrir des doutes sur le sujet. A cela s'ajoute que le recourant admet expressément qu'à la date de l'examen réalisé le 11 décembre 2015 par le Dr C._____, sa capacité de travail était complète dans une activité adaptée à son état de santé (cf. mémoire de recours du 29 juin 2017 p. 1). Or, le Dr W._____ ayant établi le 4 août 2016 un compte-rendu dont la teneur est sensiblement superposable à celle du rapport du 22 septembre 2015, c'est donc de manière contradictoire que l'assuré conclut à une pleine exigibilité dès le mois décembre 2015 uniquement.

Il apparaît ainsi qu'en ce qui concerne l'entière capacité de travail reconnue par le SMR - et, corrélativement, l'OAI - dès la mi-mai 2015 dans une activité adaptée, les arguments du recourant sont inopérants.

b) L'assuré conteste par ailleurs le calcul du préjudice économique réalisé par l'intimé. Il estime plus particulièrement que les revenus tirés de l'activité professionnelle annexe de concierge auraient dû être inclus dans le gain de valide et qu'un taux d'abattement de 20 % au lieu de 10 % aurait dû être pratiqué sur le gain d'invalidé.

En ce qui concerne l'activité accessoire de concierge, l'assuré a initialement indiqué que c'était son épouse qui assumait cette activité depuis toujours (cf. rapport initial du 10 novembre 2015 p. 2), avant de revenir sur sa position en faisant valoir qu'il s'agissait bien de son activité professionnelle même si sa conjointe l'aidait régulièrement surtout depuis l'accident du 1^{er} juillet 2014 (cf. mémoire de recours du 29 juin 2017 p. 2 ;

cf. objections du 20 juin 2016 p. 1). Quant aux revenus de cette activité, ils ont régulièrement été portés au compte individuel de l'assuré depuis 1997. Cela étant, on peut s'étonner que des mesures d'instruction supplémentaires n'aient pas été entreprises (p. ex. production du contrat de travail y relatif) afin d'éclaircir la situation. Quoi qu'il en soit, la prise en considération des revenus tirés de l'activité de concierge - quelque 10'000 fr. par an - ne permettrait de toute façon pas d'atteindre le seuil de 40 % ouvrant le droit à une rente AI (cf. art. 28 al. 2 LAI), ce dont le recourant ne disconvient pas (cf. mémoire de recours du 29 juin 2017 p. 2).

La discussion autour du taux d'abattement sur le revenu d'invalidé s'avère tout aussi vaine. On rappellera ici que ladite déduction a été fixée à 10 % par l'OAI eu égard aux limitations fonctionnelles du recourant, ce dernier se prévalant quant à lui d'une diminution de 20 % en lien avec ses atteintes somatiques et son âge (cf. mémoire de recours du 29 juin 2017 p. 2), ainsi que son ancienneté à la Fondation de F. _____ (cf. objections du 20 juin 2016 p. 2). Or, que l'on se fonde sur un taux d'abattement de 10 % ou de 20 %, le degré d'invalidité qui en résulterait - même en additionnant les salaires issus des activités d'aide de cuisine et de concierge - n'en resterait pas moins inférieur au seuil de 40 % ouvrant le droit à la rente (cf. art. 28 al. 2 LAI), ce que le recourant admet du reste (cf. mémoire de recours du 29 juin 2017 p. 2).

On constate ainsi que, sur le plan économique, les éléments mis en exergue ne permettent pas de revenir sur le refus de rente d'invalidité.

c) Finalement, en tant que l'assuré renvoie à la teneur de son mémoire de recours déposé le 27 mars 2017 (cf. écriture du 24 juillet 2017), il ne saurait être suivi. Ce recours portait en effet sur une procédure spécifique, qui a trouvé son épilogue dans un arrêt rendu le 31 mars 2017 par la juridiction cantonale (cf. CASSO AI [...] /17 - [...] /2017), entré en force lors de l'introduction du présent pourvoi. Par conséquent, si le recourant entendait reprendre une argumentation similaire dans le

cadre de l'actuelle procédure judiciaire, il lui incombait de s'en prévaloir explicitement, ce qu'il n'a pas fait.

d) Il découle de ce qui précède que, sous l'angle matériel, on ne peut que confirmer le refus de rente signifié par l'intimé.

6. a) En conclusion, il résulte de ce qui précède que le recours est irrecevable tant en ce qu'il a trait au report de l'exigibilité d'une activité adaptée à la date du 11 décembre 2015, qu'en tant qu'il vise la constatation d'un degré d'invalidité inférieur à 40 % sans autre précision.

b) 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 (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce cependant, au vu des circonstances du cas, il sera exceptionnellement renoncé à la perception de frais de justice (cf. art. 50 LPA-VD, par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

Il n'y a en outre pas lieu d'allouer une indemnité de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA *a contrario* ; cf. art. 55 LPA-VD, par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I.** Le recours déposé le 29 juin 2017 par T. _____ contre la décision du 12 juin 2017 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est irrecevable.
- II.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- G. _____ SA (pour T. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :