

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 juillet 2019

---

Composition : M. NEU, président  
Mmes Dormond Béguelin et Férolles, assesseurs  
Greffière : Mme Laurency

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 16 LPGA ; art. 17 al. 1 et 28 LAI ; art. 88a RAI ; art. 50 LPA-VD**

**E n f a i t :**

**A.** Q. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1981, a travaillé en dernier lieu comme aide de cuisine auprès de la société [...] SA, puis a bénéficié des prestations de l'assurance-chômage.

Victime d'un accident de la voie publique en [...] le 4 juin 2013 provoquant une fracture du pilon tibial droit, l'assuré 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) le 24 décembre 2013. Il a été en arrêt de travail total dès le jour de l'accident.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a fait verser le dossier constitué par l'assureur-accidents, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), dont il ressort un rapport du 4 décembre 2013 du Dr T. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. On en extrait ce qui suit :

« Il [l'assuré] est traité chirurgicalement en [...], puis rapatrié en Suisse où il est suivi au Centre R. \_\_\_\_\_ par le Dr B. \_\_\_\_\_ qui le voit pour la première fois environ 4 semaines après l'accident.

Le bilan radiologique et par CT-scan montrent une réduction incomplète de la fracture avec, en particulier, une malposition de la malléole interne et de la malléole postérieure.

En raison d'un état cutané précaire et chez un patient tabagique actif, on renonce à toute reprise chirurgicale en accord avec le Dr D. \_\_\_\_\_.

[...]

Objectivement, la cheville D [droite] ne présente pas de tuméfaction. Sa mobilité est restreinte. L'arrière-pied et le médio-pied D montrent une certaine rigidité. Les cicatrices sont fermées. Le pied D est plus froid que le côté G [gauche].

Radiologiquement, la fracture a consolidé avec un cal vicieux.

[...]

Chez un patient sans formation, on doit malheureusement s'attendre à des difficultés dans la reprise d'une activité

professionnelle nécessitant une position debout prolongée ou des déplacements prolongés, que ce soit à plat ou en terrain irrégulier. »

L'assuré a séjourné au Service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Clinique G.\_\_\_\_\_ de [...] (ci-après : la Clinique G.\_\_\_\_\_) du 28 janvier au 12 mars 2014. Il ressort du rapport du 21 mars 2014 du Dr A.\_\_\_\_\_ et de la Dresse F.\_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en médecine physique et réadaptation, le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleur et raideur de la cheville droite, ainsi que les diagnostics supplémentaires d'accident de la voie publique le 4 juin 2013 avec fracture du pilon tibial et fibula droite traitée par réduction ouverte et ostéosynthèse, de cal vicieux en varus du tibia droit, de syndrome douloureux complexe de type II de la cheville droite, d'atteinte sensitivo-motrice axonale tronculaire modérée à sévère du nerf péronier droit et légers signes d'une atteinte axonale sensitive du nerf saphène et sural droit, ainsi que de trouble de l'adaptation avec réactions anxieuses de type post-traumatique. Le séjour n'avait pas permis d'évolution significative subjective et objective. Les limitations fonctionnelles provisoires étaient les suivantes : port de charge, marche prolongée, marche sur terrain irrégulier, montée et descente d'escaliers ou d'échelle, position debout prolongée. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Les médecins ont préconisé une intervention chirurgicale avec ensuite une nouvelle réhospitalisation à la Clinique G.\_\_\_\_\_. Un suivi psychothérapeutique pour accompagner l'assuré dans le processus de « digestion » de son traumatisme était également souhaitable selon le Dr A.\_\_\_\_\_ et la Dresse F.\_\_\_\_\_ mais l'assuré n'était pas preneur d'un traitement en ambulatoire et préférait essayer d'oublier par lui-même.

Du 11 au 15 septembre 2014, l'assuré a séjourné au Centre R.\_\_\_\_\_ et subi une neurolyse des nerfs péroniers superficiel et profond dans le même temps que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Les suites de l'opération étaient difficiles et l'assuré a notamment bénéficié de physiothérapie (notes d'entretien de la CNA des 19 novembre 2014, 12 décembre 2014, 4 février 2015 et 16 avril 2015).

Selon un rapport du 12 juin 2015 du Service d'orthopédie et traumatologie du Département de l'appareil locomoteur du Centre R.\_\_\_\_\_, une nouvelle opération avait eu lieu le 22 mai 2015, soit une arthrodèse de la cheville et de l'articulation sous-astragalienne droite par clou de cheville rétrograde Tornier 6° de valgus, 10 mm d'épaisseur et une ostéotomie, puis réduction ouverte et ostéosynthèse du péroné distal à l'aide d'une plaque 1/3 de tube à 4 trous. En post-opératoire, l'assuré était stable et afébrile. Les cicatrices étaient calmes et les douleurs étaient bien contrôlées. Le contrôle radiologique était satisfaisant. L'assuré bénéficiait de physiothérapie.

Répondant à l'OAI dans un rapport du 11 décembre 2015, le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin traitant et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu le diagnostic de fracture intra-articulaire de jambe distale droite ayant consolidé en cal vicieux intra-articulaire avec développement d'une impotence fonctionnelle liée à une arthrose post-traumatique nécessitant une arthrodèse de la cheville droite en mai 2015. Selon le Dr B.\_\_\_\_\_, l'activité habituelle n'était plus exigible et la capacité de travail dans une activité adaptée, si elle était essentiellement sédentaire, se situait entre 50 et 100 % dès que l'assuré aurait reçu ses chaussures orthopédiques et qu'il s'y serait habitué.

A la demande de l'OAI, le Dr B.\_\_\_\_\_ a précisé, dans un rapport du 12 avril 2016, le diagnostic, soit une arthrodèse de la cheville et de la sous-astragalienne à droite le 22 mai 2015 pour une destruction de la métaphyse tibiale distale à la suite d'une réduction ouverte et ostéosynthèse par plaque d'une fracture intra-articulaire de jambe distale traitée de façon sous-optimale en [...] en juin 2013. Ce médecin a fait état des éléments suivants :

**« 2. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport et notamment lors du contrôle du 15 février 2016 ?**

Lors du dernier contrôle du 15.02.2016 à 9 mois post-arthrodèse, le patient va anamnestiquement mieux depuis qu'il porte ses chaussures orthopédiques. Il marche avec une canne, prend 1 à 2 Tramal retard 100 par jour, les radiographies sont [dans] la norme, sans déplacement secondaire avec un matériel d'arthrodèse en

place. Il n'est cependant pas possible de se prononcer de façon fiable sur le niveau de consolidation de l'arthrodèse. Cliniquement, la cheville a bien désenflé, le médio et avant-pied bougent bien.

**3. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?**

La capacité de travail dans son activité habituelle qui était manœuvre sur chantier, est et restera à priori pour toujours de 0% ou de 100% d'incapacité.

**4. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ? Si elle est inférieure à 100%, merci de nous en expliquer les raisons.**

La capacité de travail dans une activité adaptée qui doit être essentiellement sédentaire, donc essentiellement assise avec de petites périodes de déplacement, peut être évaluée entre 50% et 70 à 80% maximum, en précisant que le temps au poste de travail peut probablement être proche de 100% mais le rendement sera certainement inférieur en raison de la nécessité de pauses que le patient devra certainement respecter pour calmer les douleurs au niveau de sa cheville.

**5. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?**

A l'heure actuelle, le patient n'est pas encore capable de marcher vraiment en charge complète sans moyen auxiliaire. Il ne présente plus de mobilité ni au niveau de la cheville ni au niveau de l'arrière-pied. Il gardera probablement des douleurs plus ou moins importantes au long terme.

**6. Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?**

100% depuis le jour de l'accident en 2013 et toujours en cours, pour l'instant jusqu'au 31.03.2016.

**7. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?**

Pour l'instant, plus de traitement spécifique en cours. Il va essentiellement s'adapter à marcher avec ses chaussures orthopédiques. Parallèlement, on espère une diminution progressive des douleurs qu'il présente encore à l'heure actuelle.

**8. La mise en œuvre de mesures de réadaptation est-elle envisageable et si oui, depuis quand ?**

Oui dès à présent. »

Il ressort du rapport du 29 avril 2016 du Dr B. \_\_\_\_\_ que onze mois après l'opération, l'assuré marchait mieux avec les chaussures orthopédiques et qu'il utilisait encore régulièrement une béquille pour se déplacer sur des trajets plus longs. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a confirmé l'incapacité totale de travail dans l'activité habituelle et proposé une réévaluation dans les ateliers professionnels de la Clinique G. \_\_\_\_\_ pour qu'il puisse être formé dans une activité professionnelle adaptée à son handicap.

L'assuré a été revu par le Dr T.\_\_\_\_\_, qui a établi un rapport le 15 juin 2016 concluant à des limitations fonctionnelles pour ce qui concerne les marches en terrain irrégulier, les marches prolongées à plat, la montée et la descente répétée d'échelles, d'escaliers ou d'échafaudages, les travaux accroupis ou à genoux ainsi que pour les travaux nécessitant des ports de charges de plus de 10 kg. Dans une activité respectant ces limitations, l'assuré pouvait faire valoir une pleine capacité de travail. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a ajouté que l'assuré avait été annoncé pour un nouveau séjour à la Clinique G.\_\_\_\_\_, qui viserait particulièrement à effectuer une évaluation aux ateliers professionnels. Idéalement, l'assuré devait pouvoir travailler dans une profession permettant l'alternance des positions debout et assise.

D'après un avis du 23 juin 2016, le Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a retenu que l'activité habituelle de casseroier n'était plus exigible depuis le 4 juin 2013, mais que l'exigibilité était pleine dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles citées par le Dr T.\_\_\_\_\_, moyennant une perte de rendement qui devait être évaluée de façon plus précise en ateliers professionnels.

Dans un projet de décision du 12 janvier 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente entière du 1<sup>er</sup> juin 2014 au 31 juillet 2016, sa situation s'étant améliorée à partir du mois d'avril 2016, entraînant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et donc la suppression de la rente. La capacité de travail de l'assuré était exploitable dans l'industrie légère (production, conditionnement et contrôle).

L'assuré a contesté ce projet par courrier du 8 mars 2017, en se référant aux rapports du Dr B.\_\_\_\_\_ qui retenait un rendement réduit, ainsi qu'aux rapports du Dr T.\_\_\_\_\_ et du SMR préconisant un nouveau séjour à la Clinique G.\_\_\_\_\_. Selon l'assuré, l'instruction était lacunaire et il y avait lieu de préciser les exemples d'activités exigibles, ainsi que le rendement possible dans chaque corps de métier. A l'appui de son

courrier, l'assuré a produit un rapport du 3 mars 2017 du Dr B.\_\_\_\_\_, dont on extrait ce qui suit :

**« Description de l'état de santé de Monsieur Q.\_\_\_\_\_ depuis votre dernier rapport médical adressé à l'OAI le 12.04.2016**

Patient vu pour la dernière fois le 28.11.2016. Cliniquement, il présentait moins de douleurs à la charge, ne prenait plus qu'un Tramal 100 mg retard par jour. La cheville était parfaitement calme avec cependant, des douleurs à la palpation des reliefs osseux.

**Nomination du (des) diagnostic(s), description d'une éventuelle aggravation de son état de santé et depuis quand**  
Il n'y a pas eu d'éventuelle aggravation de son état de santé depuis.

**Son degré d'incapacité de travail depuis cette période dans une activité adaptée à son état de santé, s'il est tenu compte de toutes ses limitations fonctionnelles**

Son degré d'incapacité de travail se situe à mon avis, toujours autour des 70% à 80% de temps sur le poste avec un rendement légèrement inférieur, probablement autour des 80% à 90% en raison d'une nécessité de pauses plus fréquentes qu'une personne n'ayant pas le handicap que présente le patient.

**Description de toutes limitations fonctionnelles dont il faut tenir compte à ce jour**

Les limitations fonctionnelles sont surtout la persistance de présence de douleurs au niveau de la cheville droite à la charge ainsi qu'une absence totale de mobilité au niveau de la cheville et de la sous-talienne de la cheville droite nécessitant donc le port de chaussures adaptées à son handicap, c'est-à-dire idéalement des chaussures montantes avec un support plantaire sur mesure intégré, une barre de déroulement et un talon amortisseur.

**Taux de présence possible (en %) dans une activité adaptée s'il est tenu compte de toutes ses limitations fonctionnelles et pour quel(s) motif(s)**

Le taux de présence possible, comme déjà signalé, me semble être réalisable entre 70% et 80% avec un taux de rendement entre 80% et 90%.

**Taux de rendement attendu (en %) dans une activité adaptée s'il est tenu compte de toutes ses limitations fonctionnelles et pour quel(s) motif(s)**

Cf réponse précédente.

**Quelles activités et quel type de travail sont-ils possibles et dans quelle mesure ?**

Toutes les activités en position assise, comme par exemple mécanicien de précision.

**Quels sont les traitements prescrits et leurs résultats ? Y a-t-il des traitements envisageables qui n'ont pas encore été prescrits pouvant améliorer la capacité de travail ?**

J'avais adressé le patient au service d'antalgie du Centre R.\_\_\_\_\_ afin de réévaluer ses douleurs et une éventuelle possibilité de leur

traitement. Cependant, le patient ne s'est pas présenté à ce rendez-vous et en est resté distant sans s'en excuser.

**Quel est le pronostic vraisemblablement attendu (gravité des troubles, risque de chronicisation des troubles, ...) ?**

Le pronostic est plutôt réservé. Les douleurs vont probablement ne jamais disparaître complètement et il y a un risque d'usure prématurée des articulations avoisinantes avec apparition de nouvelles douleurs à moyen ou long terme. »

S'agissant de la procédure devant l'assureur-accidents, la CNA a octroyé, par décision sur opposition du 6 avril 2017, une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 %, mais refusé le droit à la rente d'invalidité faute de perte de gain après comparaison entre le revenu exigible et le gain réalisable sans accident.

Dans un courrier explicatif du 3 juillet 2017, l'OAI a indiqué que la capacité de travail de l'assuré ressortait de l'examen fait par le médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, ses conclusions étant claires et dûment motivées, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter. Le Dr B.\_\_\_\_\_ parlait d'une capacité de travail réduite dans une activité adaptée, mais d'après l'OAI, hormis les pauses que l'assuré devait effectuer, une baisse de rendement n'était pas justifiée si l'activité était parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles. L'OAI a ajouté que l'évaluation dans les ateliers professionnels était préconisée par le Dr B.\_\_\_\_\_ non pas pour évaluer une quelconque baisse de rendement, mais pour que l'assuré puisse être formé dans une activité professionnelle adaptée, ce qui ne pouvait entrer en ligne de compte dans la mesure où les activités adaptées lui étaient accessibles sans formation.

Par décision du 24 octobre 2017, l'OAI a confirmé son projet du 12 janvier 2017, soit l'octroi d'une rente d'invalidité entière pour une période limitée du 1<sup>er</sup> juin 2014 au 31 juillet 2016, puis suppression du droit à la rente.

**B.** Par acte du 24 novembre 2017, Q.\_\_\_\_\_ a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant implicitement à son annulation. Il a fait valoir que l'OAI n'avait pas tenu compte du fait qu'il ne pouvait pas rester debout une journée

entière sans ressentir d'importantes douleurs au pied et qu'il était toujours en incapacité totale de travail. Il a demandé la mise en œuvre d'une expertise et produit des certificats médicaux du Dr B.\_\_\_\_\_.

Dans sa réponse du 27 février 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours et s'est référé à la décision litigieuse, ainsi qu'à la lettre explicative du 3 juillet 2017.

Répliquant le 29 avril 2018, l'assuré a modifié ses conclusions en ce sens qu'il demandait l'octroi d'une rente d'invalidité « au minimum de 30 % » vu la capacité de travail qu'il avait eue depuis décembre 2017. Il a indiqué être triste et épuisé, notamment en raison de ses fréquentes douleurs. A l'appui de son envoi, il a produit différents certificats médicaux, dont un du Dr B.\_\_\_\_\_ du 16 avril 2018 précisant que le travail pouvait être repris à 70 % à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2017, ainsi qu'un rapport du 27 avril 2018 de ce même médecin mentionnant ce qui suit :

« L'évolution a depuis [l'opération du 22 mai 2015] été plutôt favorable, mais Monsieur Q.\_\_\_\_\_ continue à souffrir de douleurs fluctuantes au niveau de sa cheville respectivement jambe distale droite, qui sont surtout présentes à l'effort, donc quand il est debout, même immobile, respectivement quand il se déplace à pied. Il est donc clair que tout type de travail en position essentiellement debout, même immobile sur place, ne pourra être que difficilement réalisé, et certainement pas pendant des journées entières, donc à 100%! Par contre Monsieur Q.\_\_\_\_\_ sera certainement capable et aussi volontaire à réaliser des emplois qui engendrent une position debout et même des déplacements, si celle-ci respectivement ceux-ci est/sont limitée/és dans le temps et se font sur du terrain non-accidenté, et donc entrecoupée/és par des positions assises prolongées. »

Par duplique du 22 mai 2018, l'OAI a maintenu sa position, le rapport du 27 avril 2018 du Dr B.\_\_\_\_\_ n'allant pas selon lui à l'encontre des résultats de l'instruction du dossier.

Dans ses ultimes déterminations du 20 juin 2018, l'assuré a fait état de ses douleurs et de cauchemars liés à l'accident. Il a indiqué avoir travaillé auprès d'une entreprise de nettoyage dans des bureaux, soit un travail simple qui ne lui demandait pas trop d'effort, avec des

pauses dues aux douleurs. Il a ajouté avoir refusé un contrat de travail proposé à 50 % car il voulait être employé à 70 %.

**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'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité après le 31 juillet 2016, la période du 1<sup>er</sup> juin 2014 au 31 juillet 2016 n'étant pas litigieuse.

**3. a)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les

traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**b)** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

**c)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

**d)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un

rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**4.** En l'espèce, le recourant admet l'exigibilité d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, mais conteste la date retenue pour l'amélioration de son état de santé et le taux retenu pour sa capacité de travail. Il convient donc en premier lieu de déterminer sa capacité résiduelle de travail au regard des troubles liés à sa pathologie.

**a)** Sur le plan psychique, le recourant dit souffrir de cauchemars liés à l'accident et être triste. Bien qu'un diagnostic de trouble de l'adaptation avec réactions anxieuses de type post-traumatique ait été posé lors du séjour à la Clinique G.\_\_\_\_\_ en 2014 (rapport de la Clinique G.\_\_\_\_\_ du 13 mars 2014), il n'est pas allégué, ni démontré au degré de la vraisemblance prépondérante, de diminution de capacité de travail du fait de cette atteinte. Au demeurant, on relève que le recourant n'a pas souhaité suivre le traitement recommandé par les médecins de la Clinique G.\_\_\_\_\_.

**b)** Sur le plan somatique, il est admis que le recourant souffre des suites d'une fracture de jambe distale droite, intra-articulaire et complexe, opérée en dernier lieu pour une arthrodèse le 22 mai 2015 (notamment rapports du 12 juin 2015 du Centre R.\_\_\_\_\_ et du 12 avril 2016 du Dr B.\_\_\_\_\_). Au vu des troubles présentés, les médecins s'accordent à retenir qu'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche en terrain irrégulier et prolongée

à plat, pas de montée ou de descente répétée d'échelles, d'escaliers ou d'échafaudages, pas de travaux en position accroupie ou à genoux, ainsi que nécessitant des ports de charges de plus de 10 kg, permettant l'alternance des positions debout et assis, reste exigible (rapports des 12 avril 2016 et 27 avril 2018 du Dr B.\_\_\_\_\_; du 15 juin 2016 du Dr T.\_\_\_\_\_.). Contrairement à ce que prétend le recourant, l'intimé a tenu compte du fait qu'il ne pouvait pas rester debout une journée entière.

**aa)** S'agissant de l'amélioration de l'état de santé du recourant, l'intimé retient à juste titre qu'à partir du mois d'avril 2016, la reprise d'une activité adaptée était possible. En effet, le Dr B.\_\_\_\_\_ mentionne une amélioration de la situation dans son rapport du 12 avril 2016, ainsi qu'une incapacité totale de travail jusqu'au 31 mars 2016 et une capacité de travail dans une activité adaptée entre 50 et 80 %. Les certificats médicaux produits par le recourant indiquant une incapacité totale de travail pour la période postérieure au 31 mars 2016 ne sont pas motivés et ne comportent aucun élément objectif permettant de s'écarter des autres documents au dossier. On ne saurait dès lors les suivre.

**bb)** Reste à déterminer la capacité résiduelle de travail à partir de l'amélioration de l'état de santé, le recourant estimant que sa capacité de travail est nulle jusqu'au 30 novembre 2017, puis de 70 %. Avec le recourant, on peut déplorer qu'un stage professionnel n'ait pas été mis en œuvre en 2016 dans le cadre de l'instruction du dossier, comme suggéré par le Dr B.\_\_\_\_\_ et préconisé par le Dr T.\_\_\_\_\_ (rapport du 15 juin 2016), ainsi que par le SMR (avis du 23 juin 2016). Ce Service mentionne en effet l'utilité d'un séjour à la Clinique G.\_\_\_\_\_ afin d'évaluer la perte de rendement. Quant au Dr B.\_\_\_\_\_, il retient dans son rapport du 12 avril 2016 une capacité de travail entre 50 et 80 %, puis, dans son rapport du 3 mars 2017, un taux de présence entre 70 et 80 %, avec un taux de rendement entre 80 et 90 %, en raison notamment des pauses nécessaires. Ce médecin indique une capacité de travail de 70 % à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2017 (certificat médical du 16 avril 2018). Toutefois, une mesure d'instruction complémentaire paraît aujourd'hui superflue dans le cas particulier, vu le degré d'invalidité obtenu même

dans l'hypothèse où on devait tenir compte des taux les plus favorables au recourant, tels qu'il les allègue et tels qu'ils sont mentionnés par le Dr B. \_\_\_\_\_ (voir consid. 6 *infra*).

**5.** Cela étant constaté, il y a lieu d'examiner le degré d'invalidité du recourant.

**a)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

**b)** Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3).

**c/aa)** Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

**bb)** Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans

l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (consid. 5a *supra*).

**cc)** L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

**6. a)** En l'espèce, l'intimé a retenu un revenu sans invalidité de 41'895 fr. 71, ce que le recourant ne conteste pas. On relève cependant que la décision sur opposition du 6 avril 2017 de la CNA fixe ce montant à 46'925 francs. Comme il sera exposé ci-dessous, même s'il fallait admettre ce revenu plus élevé, le degré d'invalidité de 40 % ne serait pas atteint (consid. 6c *infra*).

**b/aa)** S'agissant du revenu avec invalidité, les limitations fonctionnelles retenues par les médecins ne présentent pas de spécificités telles qu'elles rendraient illusoire l'exercice d'une activité professionnelle. Le marché du travail offre en effet un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. Le recourant ne remet du reste pas en cause le fait qu'il existe sur le marché du travail des activités exigibles, notamment celles décrites par

l'intimé, soit des activités dans l'industrie légère, production, conditionnement et contrôle.

**bb)** Pour un homme sans formation professionnelle dans toutes activités des secteurs de la production et des services (ESS 2014, TA1, montant total, niveau de qualification 1), les ESS 2014 indiquent un salaire de référence de 5'312 fr. par mois, part au treizième salaire comprise. Compte tenu de l'indexation à l'année 2015 (0,3 %) et à l'année 2016 (0,6 %), déterminante pour la comparaison des revenus (art. 28 al. 1 LAI), et de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2014 (41,7 heures), ce montant doit être porté à 5'587 fr. 70, correspondant à un salaire annuel de 67'052 fr. 40.

**cc)** L'abattement de 10 % retenu par l'intimé en raison des limitations fonctionnelles, non contesté par le recourant, peut être confirmé. Par conséquent, le revenu d'invalidé le moins favorable au recourant, soit avec une capacité de travail de 100 % et un abattement de 10 %, s'élève à 60'347 fr. 15.

**dd)** S'il fallait tenir compte d'une capacité de travail de 50 % sans abattement supplémentaire, comme préconisé par le Dr B. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 12 avril 2016, puis de 70 % à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2017 selon le certificat médical du 16 avril 2018, soit les taux les plus avantageux pour le recourant, le revenu d'invalidé serait de 33'526 fr. 20 jusqu'au 30 novembre 2017, puis de 46'936 fr. 70 à partir de cette date.

**c/aa)** En comparant les revenus, si l'on retient le revenu d'invalidé de 60'347 fr. 15, soit la situation la moins favorable au recourant, il n'y a pas de préjudice économique et par conséquent aucun droit à la rente.

**bb)** Dans l'hypothèse d'une capacité de travail de 50 % à partir de l'amélioration de l'état de santé jusqu'au 30 novembre 2017, le taux d'invalidité du recourant se monterait à 28,55 % ( $[(46'925 - 33'526,20) \times 100 / 46'925]$ ). Puis, à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2017 avec une

capacité de travail de 70 % et un revenu d'invalidé de 46'936 fr. 70, il n'y aurait pas de préjudice économique. On constate que ces deux hypothèses excluent également le droit à la rente, le taux de 40 % n'étant pas atteint.

**7.** Vu l'issue de la procédure, la mise en œuvre de l'expertise requise par le recourant n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (ATF 137 III 208 consid. 2.2 ; 135 II 286 consid. 5.1).

**8. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 24 octobre 2017 confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, le Juge instructeur a dispensé le recourant du paiement de l'avance de frais (courrier du 30 janvier 2018). En équité et au vu des circonstances particulières du cas d'espèce, il ne sera pas perçu de frais judiciaires (art. 50 LPA-VD).

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; 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 24 octobre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Q. \_\_\_\_\_,
- 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 :