

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 octobre 2019

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente

M. Piguet et Mme Durussel, juges

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Flore Primault, avocate, à Lausanne,

et

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

Art. 16 LPGA et art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1960, a été engagé en qualité de maçon à plein temps à compter d'avril 2004 par la société F. _____ SA.

Il a été victime d'un accident de travail le 12 novembre 2015. Alors qu'il était en train de percer une planche sur une échelle, il a perdu l'équilibre et réceptionné une perceuse en plein visage, ce qui lui a occasionné une fracture de la paroi médiale de l'orbite de l'œil droit. Hospitalisé aux Hôpitaux C. _____, il a subi une intervention chirurgicale le 20 novembre 2015 au sein du Service de chirurgie maxillo-faciale et de chirurgie buccale, à savoir une révision et plastie de la paroi médiale de l'orbite avec pose d'une grille préformée en titane. En incapacité totale de travail depuis la date de l'accident, il a pu regagner son domicile le 25 novembre 2015.

Les conséquences de cet événement ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance contre les accidents (ci-après : la CNA).

Le 3 février 2016, le Service de chirurgie maxillo-faciale et de chirurgie buccale des Hôpitaux C. _____ a complété un rapport médical à l'attention de la CNA, faisant état de la persistance d'une diplopie de l'œil droit, pour laquelle le pronostic était réservé. L'incapacité de travail se poursuivait, tandis qu'il était éventuellement envisageable de solliciter l'employeur de l'assuré en vue d'une affectation à un poste de travail approprié.

Un status orthoptique, réalisé au sein des Hôpitaux C. _____ le 6 avril 2016, a mis en évidence une acuité visuelle de 0,6 à l'œil droit et de 1,0 à l'œil gauche, ainsi qu'une limitation mécanique à l'élévation de l'œil droit. La diplopie était qualifiée de « très gênante ».

Le Dr D._____, médecin adjoint au sein du Service de chirurgie maxillo-faciale et de chirurgie buccale des Hôpitaux C._____, a indiqué le 11 avril 2016 à la CNA que le pronostic de la diplopie était médiocre et devait être évalué à une année. L'assuré était toujours en incapacité totale de travail et un poste approprié auprès de son employeur ne pourrait être envisagé qu'une année après l'accident.

B. Sur instigation de la CNA, l'assuré a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité par dépôt du formulaire ad hoc le 30 mai 2016 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Le Dr D._____ a complété un rapport à l'attention de l'OAI le 20 juin 2016, précisant que l'assuré présentait une vision double résiduelle, ainsi qu'une asymétrie des mouvements des yeux, en particulier vers le haut. L'incapacité totale de travail était maintenue, tout travail sur les chantiers demeurant exclu. Les résultats des examens orthoptiques réalisés les 16 novembre 2015, 17 décembre 2015 et 18 avril 2016 étaient annexés au rapport. L'acuité visuelle après correction atteignait désormais 1,0 dans les deux yeux.

Par rapport du 21 juin 2016, F._____ SA a notamment indiqué que l'assuré réalisait un salaire horaire de 29 fr. 15 dès le 1^{er} février 2014 pour 42,5 heures de travail hebdomadaires.

Un nouveau rapport du Dr D._____ a été adressé à la CNA le 22 mai 2016, auquel étaient joints les résultats des examens cliniques du 19 mai 2016. Ce spécialiste soulignait que l'assuré présentait une vision double résiduelle grave et que l'affectation à un travail approprié était encore prématurée. Les tests effectués mettaient en évidence une diplopie en position primaire avec adoption d'une position compensatrice de la tête tournée à gauche. Une correction prismatique s'avérait non concluante. L'acuité visuelle atteignait cependant toujours 1,0 aux deux yeux après correction.

Sollicité pour avis par la CNA, le Dr K._____, spécialiste en ophtalmologie et en ophtalmochirurgie au sein de la Division de médecine des assurances, a estimé le 18 juillet 2016 que l'incapacité de travail totale était justifiée en raison de la diplopie. Demeurait ouverte la question d'une procédure thérapeutique subséquente au vu de la stabilité de la situation.

Le Dr J._____, médecin adjoint du Service d'ophtalmologie des Hôpitaux C._____, a indiqué à la CNA le 20 avril 2017 qu'une révision chirurgicale de la précédente intervention était proposée à l'assuré. Une reprise de son activité de maçon était totalement contre-indiquée au vu de son champ de vision binoculaire très restreint vers le bas. Une autre activité qui ne requérait pas une vision binoculaire (sans montée sur une échelle ou un échafaudage) était en revanche possible.

En date du 2 juin 2017, le Dr K._____ a relevé que la situation n'était pas encore stabilisée vu la possibilité d'une intervention chirurgicale en présence d'un champ visuel binoculaire restreint avec nécessité de relever la tête de 10°. L'activité de maçon était contre-indiquée en raison de la monophthalmie, tandis qu'une activité adaptée apparaissait exigible. Les limitations fonctionnelles étaient au surplus énumérées par ce spécialiste.

L'OAI a consulté oralement le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) le 11 juillet 2017. Ce dernier a conclu qu'à l'issue du délai de carence, l'assuré était doté d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, soit sans tâches mécaniques de précision, sans risque de chute et sans nécessité d'une vision stéréoscopique. Il n'était en revanche plus en mesure d'exercer son activité habituelle de maçon.

Fondé sur ces éléments, l'OAI a procédé, le même jour, à l'évaluation théorique de l'invalidité de l'assuré et conclu à un préjudice économique de 18,49 %. Il a dès lors adressé un projet de décision à l'assuré, l'informant de ses intentions de lui nier le droit à une rente

d'invalidité. Une mesure d'aide au placement était en revanche accordée par communication spécifique.

Le Dr G._____, médecin généraliste traitant de l'assuré, a été invité à compléter un rapport médical E 213 par l'OAI le 25 août 2017.

L'assuré, représenté par un mandataire, s'est manifesté auprès de l'OAI le 29 septembre 2017 et a sollicité une prolongation du délai en vue de faire valoir ses objections à l'encontre du projet de décision susmentionné. Le 11 octobre 2017, il a par ailleurs requis un tirage du futur rapport du Dr G._____.

Ce praticien a signalé à l'OAI, le 31 octobre 2017, ne pas être en mesure de fournir les renseignements utiles, n'ayant rencontré son patient qu'à deux reprises, ce dont l'OAI a informé l'assuré par pli du 5 décembre 2017.

En dépit d'une nouvelle prolongation de délai demandée par l'assuré, l'OAI lui a adressé une décision de refus de rente le 21 décembre 2017, statuant en l'état du dossier conformément aux termes de son projet de décision du 11 juillet 2017.

Le 28 décembre 2017, l'assuré a réitéré sa demande de prolongation de délai et requis l'annulation de la décision précitée, estimant que l'OAI avait statué prématurément alors qu'il se trouvait dans l'attente d'une nouvelle pièce médicale.

L'OAI a refusé d'accéder à cette demande par courrier du 4 janvier 2018.

C. L'assuré a déféré la décision du 21 décembre 2017 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 31 janvier 2018, concluant à ce que sa nullité soit constatée faute de notification régulière, sous suite de renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise. Subsidiairement, il a conclu à l'octroi de

prestations de l'assurance-invalidité (rente et mesures professionnelles) après réalisation d'une expertise.

L'OAI a répondu au recours le 20 mars 2018 et a proposé son rejet, réfutant au surplus les griefs d'ordre formel soulevés pour le compte de l'assuré.

Par écriture du 29 juin 2018, l'assuré a adressé à la Cour de céans un rapport rédigé le 25 juin 2018 par le Dr L._____, médecin associé au sein de l'Hôpital H._____. Ce dernier relevait notamment que l'acuité visuelle des deux yeux était de 1,0 et que l'assuré présentait une limitation de l'élévation de l'œil droit, avec adoption d'une position compensatrice de la tête de 10°. Une intervention chirurgicale était déconseillée. Considérant que ce document constituait une expertise privée, l'assuré a sollicité la mise en œuvre d'une expertise judiciaire destinée à clarifier les diagnostics et la capacité résiduelle de travail.

L'OAI s'est déterminé le 21 août 2018 et a maintenu ses conclusions, se référant à un avis du SMR du 7 août 2018, joint en annexe, lequel observait l'absence d'élément médical nouveau susceptible de modifier son appréciation du cas.

En date du 15 février 2019, Me Flore Primault a signalé avoir repris le mandat de représentation de l'assuré.

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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant 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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

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 du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 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) En l'espèce, le recours formé le 31 janvier 2018 contre la décision de l'intimé du 21 décembre 2017 a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires de fin d'année (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Formulant des griefs préalables de nature formelle, le recourant reproche à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendu en lui refusant un délai supplémentaire pour faire valoir ses objections à l'encontre du projet de décision du 11 juillet 2017. Il considère d'ailleurs que la décision du 21 décembre 2017 a été notifiée irrégulièrement de ce

fait, alors qu'elle a en outre été expédiée à son mandataire par courrier simple.

a) Le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou, à tout le moins, de s'exprimer sur son résultat lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre. A lui seul, l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) ne confère toutefois pas le droit d'être entendu oralement, ni celui d'obtenir l'audition de témoins. La jurisprudence admet que le droit d'être entendu n'empêche pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient pas l'amener à modifier son opinion (ATF 134 I 140 consid. 5.3 et les références).

b) Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée - à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et les références citées).

c) S'agissant de la forme de la décision, l'art. 49 al. 1 LPGA précise que l'assureur doit rendre par écrit les décisions portant sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'assuré n'est pas d'accord. Selon l'art. 49 al. 3 LPGA, les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé.

L'assureur est en revanche libre de choisir la voie par laquelle il entend communiquer sa décision, du moment que l'assuré est en mesure d'en prendre connaissance. L'assureur n'est en particulier pas tenu d'utiliser la voie du courrier recommandé ; un envoi sous pli simple suffit (ATF 142 III 599 consid. 2.4.1). S'agissant d'un acte soumis à réception, la décision est considérée comme valablement notifiée au moment où elle entre dans la sphère de puissance de l'assuré et que ce dernier est en mesure d'en prendre connaissance (cf. Valérie Défago Gaudin, in : Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand de la Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 40 ad art. 49 LPG).

d) En l'espèce, on ne saurait considérer que l'intimé a violé le droit d'être entendu du recourant, en lui refusant un énième délai pour faire valoir ses objections à l'encontre de son projet de décision du 11 juillet 2017. A l'instar de l'intimé, on se doit au contraire d'observer que le recourant a disposé de près de six mois pour contester la teneur dudit projet, sans être toutefois en mesure d'apporter quelque pièce médicale nouvelle et sans même exposer les motifs de son désaccord et ses conclusions. Quant à la nécessité de patienter jusqu'à la réception d'un rapport médical complémentaire du Dr G._____, ce dernier a clairement indiqué, tant au mandataire du recourant qu'à l'intimé, ne pas pouvoir fournir les renseignements utiles sur l'état de santé du recourant (cf. communication de ce praticien à l'intimé du 31 octobre 2017 et courrier au mandataire du recourant du 7 décembre 2017). On remarquera d'ailleurs que le rapport en question (formulaire E 213) était uniquement destiné à se conformer à la procédure prévue par les accords bilatéraux conclus entre la Suisse et l'Union européenne et n'avait pas pour but de faire état de nouveaux éléments sur l'état de santé du recourant. On peut dès lors retenir que l'intimé a légitimement procédé à une appréciation anticipée des preuves en estimant que ce document n'était pas indispensable à sa prise de décision, alors qu'il se trouvait en possession d'un dossier complet.

Par ailleurs, le recourant a été en mesure de faire valoir ses arguments auprès de la Cour de céans, dotée d'un plein pouvoir d'examen, de sorte qu'une violation éventuelle de son droit d'être entendu devrait de toute façon être considérée comme réparée. Ce grief peut en conséquence être écarté.

e) Quant à la communication de la décision querellée, ainsi qu'il a été rappelé supra, l'art. 49 LPGA n'impose pas la voie du courrier recommandé pour notifier valablement une décision. Au demeurant, le recourant a été en mesure de prendre connaissance de la décision du 21 décembre 2017 et de l'attaquer par la voie d'un recours en temps utile auprès de la Cour de céans. Le raisonnement du recourant en lien avec la notification de ladite décision tombe en conséquence manifestement à faux et ne saurait être suivi.

3. Sur le fond, le litige a pour objet le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente et à des mesures professionnelles.

4. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si

cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

c) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAI, la personne assurée a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles

activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) 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).

6. a) En l'espèce, les pièces médicales versées au dossier de la CNA ont révélé que le recourant avait fait l'objet d'une révision et plastie de la paroi médiale de l'orbite droite suite à l'accident survenu le 12 novembre 2015. Il est en outre établi que le recourant présente depuis lors une diplopie et une limitation mécanique à l'élévation de l'œil droit de l'ordre de 10° (cf. notamment : rapports médicaux du Dr D._____ des 11 avril 2016 et 22 mai 2016). Les différents résultats des examens orthoptiques ont par ailleurs confirmé ces constats et permis d'observer une amélioration de l'acuité visuelle après correction à compter du 17 décembre 2015

(cf. rapports correspondants des 16 novembre 2015, 17 décembre 2015, 18 avril 2016 et 19 mai 2016).

b) Dans ce contexte, le Dr K. _____ s'est exprimé comme suit le 18 juillet 2016 :

« [...] Selon les rapports de l'équipe d'orthoptique du Service d'ophtalmologie des Hôpitaux C. _____ (dernier rapport daté du 19.05.2016), on constate une diplopie verticale en position primaire, qui peut être compensée par une rotation de la tête vers la gauche. L'examen à l'écran de Hess révèle une limitation de l'élévation de l'œil droit, ainsi qu'une légère cyclorotation. Une correction satisfaisante peut être obtenue avec des prismes. En comparaison avec l'examen orthoptique précédent du 06.04.2016, la situation est stable. [...] »

Il s'est par ailleurs interrogé sur l'appréciation de la capacité de travail future, au vu de l'inadéquation de l'activité de maçon.

Suite aux informations communiquées par le Dr J. _____ le 20 avril 2017 quant à une possible révision chirurgicale subséquente, le Dr K. _____ a communiqué son appréciation du cas en ces termes le 2 juin 2017 :

« Je fais référence à mon appréciation du 18.7.2016. Un rapport du Service d'ophtalmologie des Hôpitaux C. _____ (Prof. H. J. _____, Unité de strabologie) daté du 20.4.2017 m'est parvenu entre-temps. Il ne mentionne qu'un champ visuel binoculaire restreint et la nécessité de relever la tête de 10°, à l'origine de douleurs nucales. Dans ces conditions, une procédure chirurgicale de reprise a été proposée en collaboration avec le service de chirurgie maxillo-faciale. L'activité de maçon n'est plus réalisable, en revanche rien ne s'oppose à l'exercice d'une activité adaptée à la monophthalmie. L'assuré ne souhaite plus subir d'opération.

[...]

L'atteinte à l'intégrité ne peut pas être appréciée car le dossier n'est pas encore clôturé. Pour le moment, une pleine capacité de travail peut être admise. Vu la nécessité de couvrir un œil pour éviter la diplopie, il convient d'appliquer à cet assuré le profil d'exigibilité pour les personnes borgnes.

Les activités qui requièrent la vision stéréoscopique ne sont plus exigibles. Les travaux sur des machines comportant des éléments rotatifs non protégés, de même que les travaux sur des terrains accidentés ou sur une chaîne d'assemblage ne conviennent pas. La conduite de poids lourds et de lourdes machines de chantier est interdite. Tous les travaux susceptibles d'entraîner des éclats de corps étrangers requièrent une grande prudence, notamment en cas d'utilisation d'un marteau sur des pièces métalliques. Il en va de même pour toutes les tâches présentant un risque de lésion

oculaire, pour lesquelles le port systématique de lunettes de protection est de mise.

Toutes les activités exigeant une appréciation de l'espace sont en principe réalisables, mais l'assuré a besoin de davantage de temps. Sont notamment concernées les activités dans le champ de vision de près, mais aussi l'estimation de la distance d'objets plus éloignés. De ce fait, l'assuré ne peut plus réaliser des tâches mécaniques de précision ; si tel est tout de même le cas, une perte de performance est de 20 % doit être prise en compte. Les activités sur des échafaudages ne sont plus exigibles. La montée sur des échelles ne doit pas dépasser la hauteur des épaules, soit env. 1,5 m.

D'un point de vue ophtalmologique, toutes les activités adaptées aux personnes borgnes et qui ne requièrent pas de vision stéréoscopique sont exigibles à plein temps et sans limite de rendement. Si une reconversion s'avère nécessaire, une perte de performance est possible. Elle s'élève généralement à 10 - 20 %, pendant un à deux ans. »

Compte tenu de ces éléments, le SMR a fait part des conclusions suivantes selon la communication interne du 11 juillet 2017 :

« [...] Selon le dossier SUVA le cas n'est pas encore stabilisé et une opération est envisagée.

Cela concerne surtout les frais de traitement et l'IPAI [réd. : indemnité pour atteinte à l'intégrité] et nous pouvons dès lors statuer sur le droit à la rente.

En effet, l'opération n'engendrerait qu'une IT [réd. : incapacité de travail] transitoire et ne pourrait que diminuer les LF [réd. : limitations fonctionnelles] retenues.

Nous pouvons donc conclure qu'au terme du délai d'attente la CT [réd. : capacité de travail] dans l'AH [réd. : activité habituelle] est nulle est que la CT dans une AA [réd. : activité adaptée] est entière (pas de tâches mécaniques de précision, pas d'activité avec un risque de chute, pas d'activité nécessitant une vision stéréoscopique) et ce sans baisse de rendement.

La baisse de rendement de 20 % évoquée par la SUVA concernerait uniquement une activité avec des tâches mécaniques de précision et celle de 10 - 20 % uniquement en cas de reconversion (cours, formation, etc.). »

c) On peut se rallier à l'appréciation du SMR dans le cas particulier, dans la mesure où la situation décrite par les spécialistes en charge du recourant apparaît clairement stabilisée au plus tard dès la fin de l'année 2015. Les examens orthoptiques sont en effet restés constants dès le rapport du 17 décembre 2015, tandis que l'option d'une intervention chirurgicale n'a finalement pas été privilégiée par le recourant.

Au demeurant, le rapport subséquent du Dr L. _____ de l'Hôpital H. _____, rédigé le 25 juin 2018 et produit auprès de la Cour de céans, ne vient pas contredire les pièces réunies par l'intimé, respectivement la CNA. Ce document fait en effet état des éléments suivants :

« [...] Monsieur B. _____ a subi une fracture de la paroi médiale de l'orbite droite de le 12.11.15, qui a nécessité une opération maxillo-faciale. Après cette intervention, le patient décrit l'apparition d'une diplopie, relativement stable depuis. Monsieur B. _____ est suivi régulièrement par le Pr J. _____, en ophtalmologie aux Hôpitaux C. _____, qui a prévu un prochain contrôle d'ici 2-3 ans.

Au status, l'acuité visuelle est de 1.0 ddc [réd. : des deux côtés] à distance comme de près.

Le patient adopte spontanément une position compensatrice de la tête menton relevé d'environ 10°, et inclinée sur l'épaule G [réd. : gauche] d'environ 10°. Avec cette position, on ne mesure pas de déviation à distance, et une minime exophorie de 4 DP [réd. : distance pupillaire] de près, bien compensée, en position primaire. Lorsque l'on force la tête en rectitude, on mesure une exophorie de 1 DP et une hyperphorie G de 2 DP à distance, une exophorie de 4 DP et une hyperphorie G de 2 DP de près.

L'examen de l'oculomotilité révèle une limitation de l'élévation de l'OD [réd. : œil droit], particulièrement marquée en adduction.

Le stéréotest de Lang est réussi.

L'examen à la paroi tangentielle de Harms, révèle une minime hypertropie G de 0.5° en position primaire, pas de déviation verticale dans le regard en bas, mais une hypertropie G qui augmente à 11° environ dans le regard en haut.

L'examen du champ du regard binoculaire révèle une vision binoculaire simple en position primaire et vers le bas, avec une diplopie qui survient dès environ 3° sur la ligne médiane dans le regard en haut, légèrement moins marquée dans le regard en haut à droite, et plus marquée dans le regard en haut à gauche.

La limitation d'élévation de l'OD est probablement secondaire à un phénomène de fibrose atteignant le muscle droit inférieur droit et le muscle oblique inférieur droit. Une intervention visant à libérer cette fibrose aurait probablement comme conséquence de l'aggraver. Un recul du muscle droit inférieur droit ne me paraît pas envisageable compte tenu de la faible déviation verticale en position primaire et de l'absence de déviation dans le regard en bas, une telle intervention risquant fortement de créer une diplopie dans le regard vers le bas. La seule intervention envisageable serait éventuellement une myopexie du muscle droit supérieur gauche, qui n'aurait probablement pas un effet significatif sur le confort visuel du patient, ne permettant éventuellement que d'élargir un peu le champ de vision binoculaire simple vers le haut.

Une intervention chirurgicale ne me paraît pour l'instant pas indiquée, compte tenu du champ de vision binoculaire simple relativement étendu, qui permet au patient de réaliser la majorité des activités de la vie quotidienne. [...]. »

Dès lors, ainsi que l'a observé le SMR dans son avis complémentaire du 7 août 2018, on ne peut que constater que la situation du recourant, en particulier quant à sa vision binoculaire, est demeurée stable et qu'il est en mesure d'effectuer sans problème les actes du quotidien.

d) En définitive, il y a lieu de retenir que c'est à bon droit que l'intimé a pris en considération une capacité de travail nulle dans l'activité de maçon, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par le Dr K. _____, à compter du 12 novembre 2016 au plus tard (soit à l'issue du délai de carence d'un an prévu par l'art. 28 al. 1 let c LAI).

Faute de tout élément médical susceptible de faire douter du bien-fondé de ces conclusions, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, telle que proposée par le recourant s'avère superflue. Sa requête en ce sens peut ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (cf. à ce sujet : ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d ; 119 V 335 consid. 3c et 104 V 209 consid. a).

7. a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu 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).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidé. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

b) In casu, l'intimé a déterminé le revenu annuel hypothétique sans invalidité du recourant en se basant sur les données communiquées par son employeur le 21 juin 2016. Ce procédé s'avère tout à fait conforme à la jurisprudence fédérale citée ci-dessus, de sorte que le revenu mis en évidence – à hauteur de 70'549 fr. – doit être confirmé.

c) S'agissant du revenu d'invalidé, il est admis que le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité ne nécessitant pas une vision stéréoscopique. L'exercice d'une activité adaptée apparaît raisonnablement exigible de lui sur le marché équilibré du travail, où les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre (cf. ATF 110 V 273 consid. 4b ; 130 V 343 consid. 3.2). En l'absence de toute activité lucrative reprise par le recourant, l'intimé était fondé à recourir à l'ESS pour fixer le revenu d'invalidé réalisable à 100 %. Il a par ailleurs tenu compte dans une mesure adéquate des restrictions fonctionnelles de ce dernier en procédant à une déduction de 15 % du revenu statistique pour fixer le revenu d'invalidé, laquelle permet

d'ailleurs d'englober une éventuelle baisse de rendement. Le revenu annuel d'invalidé de 57'508 fr. peut en conséquence être valablement retenu.

d) On ajoutera que le calcul du revenu d'invalidé, opéré pour le compte du recourant aux termes du mémoire de recours du 31 janvier 2018, doit de toute évidence être écarté dans la mesure où il se fonde sur les données valables pour l'activité de maçon auprès de F. _____ SA, soit l'activité habituelle, alors qu'il n'est pas contesté que le recourant est totalement incapable d'exercer cette activité. Ainsi qu'il a été indiqué ci-avant, les renseignements indiqués par F. _____ SA sont déterminants pour fixer le revenu sans invalidité. Ils n'ont en revanche aucune pertinence pour la détermination du revenu hypothétique d'invalidé.

e) Il convient en définitive de confirmer le degré d'invalidité de 18,49 % ($[70'549 - 57'508 \times 100] / 70'549$), arrondi à 18 %, retenu par l'intimé à l'issue de la décision entreprise. Ce taux n'ouvre droit ni à une rente d'invalidité, ni à un reclassement professionnel. S'agissant des autres mesures professionnelles entrant en ligne de compte en l'occurrence, on rappellera que le recourant s'est vu octroyer une mesure d'aide au placement par communication du 11 juillet 2017. Une telle mesure s'avère adéquate dans le cas d'un assuré, sans formation professionnelle certifiée, dont les limitations fonctionnelles justifient toutefois le soutien de l'assurance en vue de la recherche d'un emploi adapté.

8. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 21 décembre 2017 confirmée.

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 (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés au recourant qui succombe.

c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 21 décembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont 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, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Flore Primault, à Lausanne (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :