

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 janvier 2019

Composition : M. PIGUET, président
Mme Dessaux, juge et M. Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Neyroud

Cause pendante entre :

E. _____, à [...], recourant, représenté par Me Karim Armand Hichri,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 LPGA; art. 4 et 28 LAI; art. 88a RAI

E n f a i t :

A. **a)** E. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], sans formation professionnelle certifiée, travaillait depuis le 1^{er} avril 1997 en qualité de machiniste pour le compte de la société [...] SA, désormais [...] SA. Selon l'extrait de son compte individuel, il a perçu en 2011 un revenu annuel de 84'639 francs.

b) Le 3 décembre 2012, E. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'il présentait une incapacité totale de travail depuis le 10 juillet 2012, en raison de douleurs et de fourmillements au niveau de sa jambe gauche, qui avaient persisté après une varicectomie subie.

 Procédant à l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) s'est enquis de l'état de santé de l'assuré auprès de son médecin traitant, la Dresse X. _____, spécialiste en médecine interne générale, qui a retenu à titre de diagnostic des douleurs et fourmillements d'origine inconnue au niveau du membre inférieur gauche, une insuffisance veineuse de ce même membre, un status après cure de varices, ainsi que des lombalgies post-traumatiques (rapport du 10 janvier 2013).

 Divers rapports d'examen ont en outre été versés au dossier de l'OAI. Il en ressortait que les investigations n'avaient pas permis de mettre en évidence d'anomalie expliquant la symptomatologie (notamment rapports du 18 juillet 2012 du Dr F. _____, spécialiste en neurologie; du 31 août 2012 du Dr C. _____, spécialiste en radiologie; du 6 novembre 2012 des Drs Q. _____ et G. _____, tous deux spécialistes en neurologie et respectivement médecin adjoint et médecin-assistante au Centre hospitalier [...] [ci-après : Centre hospitalier J. _____]).

 Au terme d'un bilan rhumatologique, le Dr T. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a attesté de

lombosciatalgies gauches chroniques, non spécifiques, évoluant depuis le début de l'année 2012 (rapport du 25 septembre 2012). Ce médecin a par ailleurs relevé ce qui suit:

Ce sont les douleurs, phénomène subjectif, propre à chaque individu, non mesurables, qui limitent actuellement la capacité de travail de Monsieur E._____, sans que l'on mette en évidence de phénomène pathologique, anatomique susceptible de les expliquer. La présence de signes de Waddell, de Kummel et Hower suggèrent une composante non organique à la symptomatologie douloureuse dans la proportion n'est cependant pas chiffrable.

Selon la Dresse K._____, spécialiste en angiologie, E._____ ne présentait en outre pas de lésion artérielle ou veineuse expliquant les symptômes (cf. rapports des 14 mai et 6 août 2013).

Par la suite, E._____ s'est soumis à de nouveaux examens neurologiques. Dans leur rapport du 20 novembre 2013, les Drs N._____ et D._____, tous deux spécialistes en neurologie, n'ont pas mis en évidence d'atteinte radiculaire ou musculaire, tout en constatant une hypoesthésie du membre inférieur gauche qui ne respectait aucun territoire anatomique, mais dont l'origine demeurerait indéterminée malgré de multiples investigations et avis spécialisés.

Compte tenu de la persistance des douleurs exprimées par E._____, celui-ci a été réexaminé par le Prof. Q._____ qui a posé le diagnostic de syndrome douloureux chronique de la jambe gauche (*Complex regional pain syndrome* [CRPS]) avec une neuropathie surale (rapport du 6 mai 2014).

De son côté, I._____ SA, assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur, a mis en œuvre une expertise auprès du Dr P._____, spécialiste en neurologie. Ce médecin a retenu les diagnostics de symptomatologie algoparesthésiante du membre inférieur d'origine indéterminée et de neuropathie du nerf sural gauche post-opératoire. A son avis, il n'y avait pas de pathologie justifiant une incapacité de travail prolongée (rapport d'expertise du 30 avril 2013). Sur cette base, l'assureur

perte de gain a cessé d'intervenir à compter du 8 juillet 2013 (courrier du 3 juillet 2013).

c) Le 29 août 2013, E. _____ a été victime d'un accident, se blessant au pouce droit. Les suites de cet accident ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

D'après une IRM effectuée le 12 novembre 2013, l'assuré présentait un œdème osseux modéré et moucheté du premier métacarpien et de P1 et P2 du pouce, associé à une inflammation modérée des tissus graisseux sous-cutanés, ainsi qu'une résorption osseuse sous-chondrale associée à une synovite modérée des deux articulations du pouce, évoquant une algodystrophie (rapport du 13 novembre 2013 de la Dresse L. _____, spécialiste en radiologie).

Selon, la Dresse R. _____, spécialiste en chirurgie de la main, E. _____ n'était plus en mesure d'utiliser sa main droite pour tout mouvement exigeant l'utilisation de la pince polycidigitale, de sorte que l'activité habituelle n'était plus exigible (rapports des 4 février 2014, 20 mai 2014, 28 juillet 2015 et 3 novembre 2015).

E. _____ a séjourné au sein de la Clinique [...] (ci-après: Clinique K. _____) du 16 juillet 2014 au 12 août 2014, où il a été soumis à différents examens, y compris à un bilan psychiatrique, lequel a permis d'écarter une psychopathologie avérée (rapport du 14 août 2014 du Dr B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). Dans leur rapport du 19 août 2014 établi au terme du séjour, les Drs W. _____, spécialiste en rhumatologie, et Y. _____, respectivement médecin adjoint et médecin-assistant à la Clinique K. _____, ont retenu les éléments suivants:

Les diagnostics suivants ont été posés au cours du séjour:

Sur le plan orthopédique: **syndrome douloureux régional complexe (SDRC) de type 1 (algodystrophie) des 3 premiers rayons de la main droite.** Les critères cliniques de Budapest sont

remplis et la scintigraphie est évocatrice chez un patient qui exclu son doigt.

Sur le plan psychiatrique: nihil (Cf. rapport de psychiatrie). Il est noté une importante catastrophisation et un comportement auto limitatif ainsi qu'un retrait social et professionnel progressif depuis 2007.

Sur le plan neurologique: nihil (Cf. rapports de neurologie, neuropsychy). L'ENMG réalisé le 30.07.2014 est normal.

Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour.

Les diagnostics médicaux suivants: lombalgies en exacerbation depuis début juillet 2014 sans évènement traumatique, syndrome douloureux chronique de la jambe gauche avec probable neuropathie du nerf sural avec un ENMG normal, sans lien avec l'accident, sont considérés comme rendant mieux compte des plaintes et limitations du patient que les atteintes en lien avec l'accident et peuvent influencer défavorablement le retour au travail.

Des facteurs contextuels influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient: comportement auto-limitatif avec catastrophisation et kynésiophobie élevées, retrait au niveau professionnel depuis deux ans au moins pour cause de maladie. Il faut noter aussi des facteurs pronostiques défavorables pour l'évolution : auto évaluation de la douleur élevée entre 8 à 10/10 sur l'EVA, auto appréciation de ses capacités fonctionnelles très basse (score PACT à 2 correspondant à un niveau d'effort qui n'existe pas). L'impression est celle d'un processus d'invalidation en cours sans qu'il ne soit possible d'influer sur celui-ci.

[...]

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues: port de charges lourdes avec la main droite, activités répétitives nécessitant une force de préhension au niveau de la main droite.

Dans son rapport final du 7 décembre 2015, le Dr A._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a, quant à lui, retenu ce qui suit:

Objectivement, l'épaule D est souple et le patient la bouge plus volontiers que lors du précédent examen. Il n'y a pas de signe de conflit, pas de signe d'atteinte de la coiffe des rotateurs. L'examen du coude D est normal. L'avant-bras D présente une légère amyotrophie. L'examen du poignet D est également normal, hormis une styloïde cubitale un peu plus saillante qu'à G. La main D, qui est dépourvue de marques d'utilisation, est un peu transpirante mais pas vraiment plus que la G. Il n'y a pas de différence de température entre les 2 mains, pas de discoloration, pas d'œdème. Le pouce D est un peu effilé, avec une 2^{ème} phalange nettement hypotrophique, recouverte de téguments fins et décolorés. L'allodynie semble maintenant se limiter à cette 2^{ème} phalange, prédominant à sa face

palmaire. Il est tout à fait possible de mobiliser le pouce D mais il faut le faire rapidement, en distrayant l'attention du patient, qui fait valoir ensuite de très vives douleurs. Les doigts longs sont également souples et le patient est parfaitement capable de les bouger normalement alors que le pouce D reste maintenu constamment immobile en position de repos. La force de serrage de la main D n'est pas mesurable.

J'ai encore fait pratiquer des RX comparatives des 2 mains qui montrent une raréfaction osseuse diffuse mais strictement limitée au pouce D, plus évocatrice d'une sous-utilisation de ce doigt que d'une algodystrophie active.

Quoi qu'il en soit, l'allodynie est en retrait et les signes dystrophies, au demeurant légers, n'intéressent plus que la 2^{ème} phalange du pouce D. Une algodystrophie peut laisser des raideurs articulaires, ce qui n'est pas le cas chez ce patient, mais elle finit toujours par s'éteindre. Au fur et à mesure que le temps passe, l'exclusion fonctionnelle qu'on observe, de surcroît changeante d'un examen à un autre, peine donc de plus en plus à trouver une explication somatique, voire simplement médicale.

Dans ce genre de situation, il n'y a pas grand-chose à entreprendre, hormis la poursuite d'un traitement antalgique non-invasif. A noter que le patient est actuellement incapable de dire ce qu'il prend et pourquoi.

En ce qui concerne la capacité de travail, pour les seules suites de l'accident, le patient ne doit pas être considéré comme un mono-manuel. Il peut travailler en plein dans une activité légère ne sollicitant pas trop la main D et ne nécessitant pas de dextérité particulière.

Sur cette base, la CNA a cessé de prester à compter du 30 avril 2016.

d) Dans l'intervalle, E. _____ a été victime d'une pancréatite aiguë qui a nécessité son hospitalisation entre le 15 mars et le 3 juillet 2015 (notamment, rapport du Dr Z. _____, spécialiste en chirurgie, réceptionné par l'OAI le 29 octobre 2015).

Interpellé par l'OAI, le Dr Z. _____ a, dans un rapport du 26 avril 2017, apporté les précisions suivantes:

1. Quel est le diagnostic précis actuel ayant une répercussion sur la capacité de travail?

Monsieur E. _____ est un patient qui a présenté une pancréatite Balthazar E multi-complicquée d'origine indéterminée en 2015. Dans les suites le patient présente une récurrence de hernie ombilicale, raison pour laquelle nous avons posé une indication de cure de hernie ombilicale par laparoscopie avec mise en place d'un filet

intra-péritonéal. Cette indication a été posée le 17.02.2017. Il se peut que cette hernie ombilicale puisse par moment provoquer des douleurs, mais n'est pas en soi un diagnostic pouvant avoir des répercussions sur sa capacité de travail. La limitation pour le patient et plus à mettre en rapport avec une parésie de la jambe gauche qui nécessite une marche avec une canne, ainsi que des dyspnées de stade II.

2. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport?

Le patient reste fragile avec douleurs abdominales sur une récurrence de hernie ombilicale et des comorbidités cardiaques et diabétiques.

3. Son activité habituelle de machiniste n'est plus exigible (en raison d'une atteinte de la main droite). Sur le plan viscéral pur, quelle est sa capacité de travail dans une activité adaptée? Depuis quand?

D'un point de vue strictement chirurgical, il n'y a pas de restriction pour l'activité professionnelle. Ceci dit, le patient présente un état de santé fragile et son activité professionnelle doit être modulée en fonction de ces comorbidités.

4. Quelles sont les limitations fonctionnelles à prendre en compte?

D'un point de vue chirurgical limiter le port de charge à 5Kg.

5. Si cette capacité ne devait pas être pleine, une amélioration est-elle envisageable?

Concernant les douleurs ombilicales elles seront améliorées suite à la prise en charge chirurgicale.

e) Après examen du dossier, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) a conclu qu'il n'existait pas d'atteinte durablement incapacitante en lien avec le membre inférieur gauche. L'atteinte principale à la santé consistait en une algoneurodystrophie du pouce droit, laquelle avait entraîné une incapacité totale de travail depuis le 29 août 2013. A cet égard, si l'activité habituelle n'était plus exigible, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible à 100 %. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: pour la main droite: pas de port important de charge ou de travaux demandant de la dextérité, étant précisé que E. _____ ne devait pas être considéré comme mono-manuel; pour le reste, le port de charge devait être limité à 5 kg et les activités physiques intenses étaient proscrites. Sur le plan viscéral, la capacité de travail était pleine dans une activité adaptée (cf. avis SMR des 6 octobre 2014, 12 janvier 2017 et 29 mai 2017).

Dans une correspondance du 25 septembre 2017 adressée à l'OAI, la Dresse X._____ a expliqué que son patient avait des difficultés pour se déplacer et devait s'aider d'une canne. Par ailleurs, il n'était pas en mesure de porter un quelconque poids et ne parvenait pas à effectuer de mouvements fins avec sa main droite. Il était en outre fait état d'un impact psychologique. Pour la Dresse X._____, E._____ présentait une incapacité de travail définitive.

Par projet de décision du 10 novembre 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui allouer une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2014 au 31 mars 2016. Il retenait que E._____ avait présenté une incapacité totale de travail et de gain à compter du 29 août 2013. Dès le 7 décembre 2015, il avait présenté une capacité de travail raisonnablement exigible de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle que par exemple une activité légère dans le domaine de la production ou des services.

Par courrier du 16 novembre 2017, E._____ a contesté ce projet de décision, se référant en substance au courrier de son médecin traitant du 25 septembre 2017.

Par décision du 9 mars 2018, l'OAI a entièrement confirmé son projet de décision du 10 novembre 2017.

B. **a)** Par acte du 18 mai 2018, E._____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité devait lui être accordée à compter du 1^{er} juillet 2013, subsidiairement au maintien de la rente au-delà du 31 mars 2016 et plus subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. Il souffrait en effet de douleurs invalidantes depuis le mois de juillet 2012 et son état de santé ne s'était pas amélioré depuis lors. Il n'était au demeurant médicalement pas prouvé qu'il avait recouvré une capacité totale de travail, compte tenu des nouvelles problématiques apparues au niveau de son pouce droit et au niveau viscéral. Les

répercussions de chacun de ses troubles sur sa capacité de travail rendaient nécessaire un examen pluridisciplinaire, incluant également l'aspect psychiatrique. En outre, le calcul de l'invalidité était contesté, celui-ci ne prenant pas en considération un taux d'abattement. Enfin, s'agissant du revenu sans invalidité, il convenait de tenir compte du dernier salaire perçu en 2011.

b) Dans sa réponse du 14 août 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours, se référant notamment aux rapports des Drs A._____, P._____ et Z._____.

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 ; RSV 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 des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). 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) 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 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 et les références citées).

c) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

5. a) En l'occurrence, les médecins du SMR ont retenu qu'il n'existait pas d'atteinte durablement incapacitante en lien avec le membre inférieur gauche et que l'atteinte principale à la santé consistait en une algoneurodystrophie du pouce droit, laquelle avait entraîné une incapacité totale de travail du 29 août 2013 au 7 décembre 2015, date à partir de laquelle une activité adaptée était exigible à 100 % (avis SMR des 6 octobre 2014, 12 janvier 2017 et 29 mai 2017).

Le recourant soutient quant à lui, en s'appuyant sur l'avis de son médecin traitant, qu'il souffre de douleurs invalidantes au niveau de sa jambe gauche depuis le mois de juillet 2012 et que celles-ci n'ont connu aucune amélioration depuis lors, douleurs auxquelles sont venues s'ajouter de nouvelles problématiques au niveau du pouce droit et sur le plan viscéral. Ces atteintes, non sans conséquences sur son état psychique, auraient dû conduire l'intimé à lui reconnaître une incapacité de travail complète et définitive.

b) En ce qui concerne son membre inférieur gauche, le recourant présente une neuropathie du nerf sural gauche, laquelle ne permet toutefois pas d'expliquer l'ensemble des plaintes et n'est pas à l'origine d'une incapacité de travail (cf. notamment, rapports des Drs P._____ du 30 avril 2013 et Q._____ du 6 mai 2014). Le recourant ne présente par ailleurs ni lésion artérielle ou veineuse (cf. rapports de la Dresse K._____ des 14 mai et 6 août 2013), ni aucune atteinte de nature rhumatologique (cf. rapport du Dr T._____ du 25 septembre 2012) et les différentes investigations menées au sein du Centre hospitalier J._____ n'ont pas non plus permis d'expliquer l'entier de la symptomatologie.

S'agissant du membre supérieur droit, le recourant a été victime le 29 août 2013 d'un écrasement du pouce droit, lequel s'est compliqué par la suite d'un syndrome douloureux régional complexe localisé. Si cette lésion a, dans un premier temps, conduit à une incapacité totale de travail, il ressort du rapport du Dr A._____ du 7 décembre 2015, que le recourant dispose depuis cette date d'une pleine capacité de travail dans une activité ne sollicitant pas trop la main droite et ne nécessitant pas de dextérité particulière.

Sur le plan viscéral, le recourant a été victime d'une pancréatite aiguë qui a nécessité son hospitalisation du 15 mars au 3 juillet 2015. Selon le rapport du Dr Z._____ du 26 avril 2017, le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée évitant le port de charges supérieures à 5 kilos. Le dossier ne contient par ailleurs aucun élément qui laisserait à penser que les problèmes diabétologiques - apparus dans les suites de la pancréatite - seraient à l'origine d'une quelconque incapacité de travail. Quant aux problèmes cardiaques évoqués, ceux-ci ne sont aucunement documentés.

Sur le plan psychiatrique, il ne se justifie pas, sur la base des éléments figurant au dossier, de procéder à un complément d'investigation, le recourant ayant déjà fait l'objet d'un bilan psychiatrique complet dans le cadre de son séjour à la Clinique K._____ (cf. rapport du Dr B._____ du 14 août 2014 [consilium psychiatrique du 22 juillet 2014]). Les considérations émises par la Dresse X._____ dans son rapport du 25 septembre 2017 sont au demeurant particulièrement sommaires et ne mettent en exergue aucun élément déterminant qui aurait échappé à l'examen du Dr B._____ et qui serait susceptible de mettre à mal les conclusions de ce spécialiste.

Le rapport de la Dresse X._____ du 25 septembre 2017 ne permet pas de remettre en cause les autres constatations qui précèdent, en particulier les avis étayés du Dr P._____ s'agissant de la problématique de la jambe gauche, celles du Dr A._____ en ce qui concerne le pouce droit et enfin celles du Dr Z._____ pour l'aspect

viscéral. Aussi, le recourant dispose-t-il, à tout le moins depuis le mois de décembre 2015, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il sied en outre de relever qu'à la lumière des pièces du dossier, il existe d'importants indices plaidant pour la présence d'une surcharge psychogène à l'origine d'un comportement autolimitatif avec catastrophisation et kinésiophobie (cf. rapports du Dr B. _____ du 14 août 2014 [consilium psychiatrique du 22 juillet 2014] et du Dr A. _____ du 19 août 2014).

c) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le recourant a présenté, à la suite de son accident du 29 août 2013, une incapacité totale de travail de travail et que son état de santé s'est par la suite amélioré, de sorte qu'il a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter du 7 décembre 2015.

6. a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TFA I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25

janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (cf. TFA I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références).

b) En l'espèce, le recourant est en mesure d'exercer une activité professionnelle respectant ses limitations fonctionnelles, soit une activité n'exigeant ni activités physiques intenses, ni travaux demandant de la dextérité ou le port de charge au-delà de 5 kg. Ces limitations, mises en évidence par les Dr A. _____ et Z. _____ (cf. rapport du 7 décembre 2015, respectivement du 26 avril 2017), 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 certain nombre sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. L'office

intimé a notamment mis en évidence – sans que cela ne soit remis en cause – que le recourant serait en mesure de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail dans une activité légère dans le domaine de la production ou des services.

7. Cela étant constaté, il y a lieu de déterminer le degré d'invalidité du recourant.

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 (art. 16 LPGGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; 128 V 174).

En l'occurrence, la Cour de céans constate que le calcul de l'invalidité effectué par l'intimé est erroné sans toutefois influencer le droit à la rente. En effet, le recourant a présenté une incapacité de travail totale à compter du 29 août 2013, si bien que le droit à une éventuelle rente prend naissance au plus tôt au mois d'août 2014 (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI). Il s'agit dès lors de comparer les revenus afférents à l'année 2014.

b) Le revenu sans invalidité est celui que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas devenu invalide (art. 16 LPGGA; art. 28a al. 1 LAI). Selon la jurisprudence, pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le

revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2).

En l'espèce, nonobstant les fluctuations, il n'y a pas de raison de s'écarter du dernier revenu réalisé par le recourant en 2011 (84'639 fr.) pour déterminer son revenu avant invalidité. Indexé à 2014, ce montant s'élève à 86'600 fr. 63.

c) S'agissant du revenu avec invalidité, 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'invalidité peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (cf. ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

Dans le cas présent, le salaire de référence pour des hommes exerçant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), était, en 2014, de 5'312 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2014, TA 1, niveau de qualification 1). Compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2014 (41,7 heures), ce montant doit être porté à 5'537 fr. 76, correspondant à un salaire annuel de 66'453 fr. 12.

d) Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) ; une déduction globale maximum de 25% sur le salaire

statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_652/2014 du 20 janvier 2015 consid. 3.1). Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25%, serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2).

En l'occurrence, le recourant évoque, au titre des facteurs susceptibles d'influer sur ses perspectives salariales, un contrôle régulier de glycémie, sa nationalité, son permis B (autorisation de séjour pour une activité de longue durée), sa maîtrise imparfaite de la langue française, ainsi que ses limitations fonctionnelles. Ce faisant, le recourant ne démontre pas en quoi lesdits éléments constitueraient un inconvénient qui justifierait la correction du revenu d'invalidé par un abattement. La titularité du permis B n'a jamais empêché le recourant d'occuper un poste de travail de longue durée, étant rappelé qu'il est établi en Suisse depuis plus de vingt ans et a travaillé depuis 1997 pour le compte de la même société. Sa capacité de travail est par ailleurs entière, de sorte qu'il ne peut compter, en tant qu'homme, de désavantage salarial en raison de son taux d'activité. Quant aux limitations fonctionnelles, elles ont déjà été prises en compte dans la désignation d'une activité adaptée, ainsi que

dans le choix du salaire d'invalidé déterminant pour le calcul de comparaison des revenus.

e) Sur le vu de ce qui précède, la perte de gain s'élève à 20'147 fr. 51. (86'600 fr. 63 - 66'453 fr. 12) et le degré d'invalidité à 23,26 % (86'600 fr. 63 - 66'453 fr. 12 / 86'600 fr. 63 x 100). En présence d'un préjudice inférieur à 40 %, le droit à la rente n'est pas ouvert. L'intimé était par conséquent fondé à cesser de prester dès le 1^{er} avril 2016, au regard de l'amélioration de l'état de santé du recourant dès le 7 décembre 2015 (cf. art. 88a al. 1 RAI).

8. a) Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée 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 frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante 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
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 9 mars 2018 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 de E._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Karim Armand Hichri (pour E._____),
- 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 :