

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 novembre 2019

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Di Ferro Demierre et M. Métral, juges
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI et art. 17 LPGA

E n f a i t :

A. A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1955, sans formation, originaire du [...], travaillait en qualité de manœuvre pour le compte de B.1. _____ SA.

Le 22 novembre 2011, il a été victime d'un accident, au cours duquel il a subi un écrasement du pied droit avec fracture-luxation du Lisfranc. Le même jour, il a subi une réduction fermée avec embrochage en urgence (cf. protocole opératoire du 22 novembre 2011).

La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge le cas.

Il ressort de l'analyse de la situation établie le 20 mars 2012 par la CNA que l'assuré n'était pas au bénéfice d'une formation professionnelle. Arrivé en Suisse près de vingt-quatre ans avant ladite analyse, il avait toujours travaillé pour le compte de l'entreprise B.1. _____ SA à [...]. Il avait dans ce cadre œuvré durant environ vingt ans comme ouvrier au goudronnage, puis comme manœuvre de chantier (coffrage, ferrailage, bétonnage, pas de montage de briques).

Le 22 mai 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état de la blessure au pied droit décrite ci-dessus.

Selon l'extrait de compte individuel émanant de la Caisse de compensation, l'assuré avait œuvré à compter de 1988 pour le compte d'B.2. _____ SA et de B.1. _____ SA (les deux sociétés ayant pour administrateurs X.B. _____ et Y.B. _____).

En raison de luxation chronique du Lisfranc avec arthrose, le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de

l'appareil locomoteur, a procédé le 28 juin 2012 à une réduction ouverte et arthrodèse du Lisfranc 1, 2 et 3 (protocole opératoire du 11 juillet 2012).

L'assuré a séjourné à la Clinique de réadaptation E._____ (ci-après : la CRR) du 19 juin au 24 juillet 2013.

Le 21 janvier 2014, l'assuré a subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse (protocole opératoire du 18 février 2014).

Le 23 octobre 2014, le Dr C._____ a procédé à une cure de pseudarthrose du Lisfranc à droite (protocole opératoire du 27 octobre 2014).

Le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a examiné l'assuré le 8 septembre 2015, en présence du fils de ce dernier qui assurait en partie la traduction. Le Dr F._____ a notamment relevé que, sur le plan assécurologique, un retour durable vers une pleine capacité dans son ancienne activité n'était pas envisageable. Le patient pouvait, par contre, mettre en valeur une pleine capacité de travail (horaire et rendement) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : positions de travail alternées assis debout, pas de déplacement supérieur à 15 minutes, pas de déplacement en terrain accidenté, pas d'utilisation d'échelle ou d'échafaudages, pas d'utilisations répétées d'escaliers et pas de port de charges lourdes (p. 7).

Le 18 janvier 2016, l'assuré a subi une ostéotomie d'extension du premier rayon du pied droit avec ablation partielle du Lisfranc (rapport du Dr C._____ du 26 février 2016).

Dans un avis du 5 avril 2016, la Dre G._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a constaté que la situation médicale n'était pas stabilisée. Elle a demandé que le Dr C._____ se prononce sur les limitations fonctionnelles orthopédiques et sur la capacité

de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles mentionnées dans l'examen final du 7 septembre 2015 du médecin d'arrondissement de la CNA.

Par rapport du 14 août 2018 à l'OAI, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant, a indiqué que l'assuré avait souffert d'une hypertension artérielle traitée. Il demeurait un diabète de type 2, une hypercholestérolémie et une hypothyroïdie. Ces atteintes à la santé n'entraînaient pas de limitations fonctionnelles ni de répercussions sur la capacité de travail. Concernant la blessure au pied, le Dr H._____ a renvoyé au Dr C._____, en indiquant que pour sa part il proposait d'alterner deux heures de positions assise et quinze minutes de positions debout avec une canne pour assurer la stabilité, de limiter le périmètre de marche possible à de courtes distances de 100-200 m. avec une canne et de débiter une activité à 25 %-30 % puis d'augmenter progressivement le taux selon les douleurs.

Le Dr F._____ a procédé à l'examen final de l'assuré le 19 septembre 2016, et relevé notamment ce qui suit dans son rapport du même jour :

« Déclarations de l'assuré

Le patient est accompagné de son fils [...] qui assure en partie la traduction.

L'évolution est défavorable.

Il n'a pas été amélioré de manière notable par l'intervention réalisée le 18.01.2016 (ostéotomie d'extension du 1^{er} métatarsien du pied D).

Il annonce des douleurs nocturnes insomniantes qui le réveillent 2 à 3 nuits/semaine, des douleurs météo-dépendantes et des douleurs mécaniques à la marche.

Les douleurs se situent à la face dorsale du pied et des 1^{er} et 2^{ème} rayons ainsi qu'à la face palmaire du pied à la base du 1^{er} rayon.

Il marche sans canne à l'intérieur et avec 1 canne anglaise qu'il porte à G à l'extérieur.

Il a une tuméfaction du pied vespérale à l'effort et lors de la position assise prolongée.

Le périmètre de marche à plat est limité à 20-25 min.

La station debout est limitée à 15 min.

La marche dans les escaliers est limitée à 2 étages.

La marche en terrain accidenté est évitée.

(...)

Il n'a plus de traitement de physiothérapie.

Il est suivi par le Dr C. _____, la dernière consultation a eu lieu le 15.09.2016.

Une AMO du pied D est prévue le 04.10.2016.

Il porte des semelles plantaires moulées longues. Il n'a pas de chaussures orthopédiques.

(...)

Il n'a pas d'autres antécédents médico-chirurgicaux significatifs.

(...)

Appréciation

Le patient (...) a subi un écrasement du pied D le 22.11.2011.

Le diagnostic de fracture-luxation du Lisfranc du pied D a été posé.

Le traitement a été chirurgical par réduction fermée et embrochage en urgence le 22.11.2011. L'évolution a été défavorable et a nécessité une reprise chirurgicale pour luxation chronique du Lisfranc, par arthrodèse des 3 premiers rayons du pied D le 05.09.2012.

L'évolution défavorable s'est poursuivie et un séjour stationnaire à la CRR du 19.06. au 24.07.2013 ne l'a pas amélioré de manière significative.

Une fracture du 2^{ème} métatarsien du pied D a été diagnostiquée et traitée conservativement. Une AMO partielle a été réalisée le 21.01.2014.

L'évolution défavorable s'est poursuivie et une reprise chirurgicale pour cure de pseudarthrose du Lisfranc D a été réalisée le 20.03.2014.

Le patient a été examiné à l'agence le 08.09.2015.

La situation a été considérée comme stabilisée et une pleine capacité de travail était exigible dans une activité adaptée.

En raison d'une évolution défavorable persistante une AMO et une ostéotomie d'extension du 1^{er} métatarsien du pied D ont été réalisées le 18.01.2016.

Selon les dires du patient, il n'a pas été amélioré de manière notable par cette dernière intervention et l'évolution demeure défavorable.

Subjectivement, il annonce des douleurs insomniantes, des douleurs météo-dépendantes et des douleurs mécaniques qui se situent à la face dorsale des 1^{er} et 2^{ème} rayons du pied D ainsi qu'à la face palmaire de la base du 1^{er} rayon. Il marche sans canne à l'intérieur et avec une canne à l'extérieur. Il a une tuméfaction du pied vespérale et à l'effort et lors de la position assise prolongée. Le périmètre de marche à plat est limité à 20-25 minutes, la station debout à 15 minutes, la marche dans les escaliers à 2 étages. La marche en terrain accidenté est évitée.

Objectivement, on constate une boiterie d'épargne à D et des phases du pas altérées à D. La marche sur la pointe du pied, la station unipodale et le sautillerment D ne sont pas réalisables, la marche sur le talon D est aisée. Une tuméfaction dure douloureuse, à la face dorsale du pied, centrée sur l'articulation du Lisfranc des 3 premiers rayons est présente. Les 3 premiers rayons et l'articulation MP du 1^{er} rayon sont douloureux à la palpation. Présence d'une hypoesthésie péri-cicatricielle et en aval des cicatrices de la face dorsale du pied, à la face dorsale du 1^{er} et 2^{ème} orteil. Le 2^{ème} orteil est suspendu et indolore. La mobilité de la cheville D est discrètement diminuée en flexion. L'articulation du Lisfranc des 2 premiers rayons est bloquée et douloureuse. Les autres articulations sont libres et indolores. Il n'y a pas d'amyotrophie du MID.

Sur le plan médical, la situation est proche de la stabilisation. Une AMO du pied D est prévue le 04.10.2016. Cette intervention, qui ne modifiera pas de manière significative la situation du patient,

nécessitera une hospitalisation de 2 à 3 jours et une période d'incapacité de travail post-opératoire de 4 à 6 semaines est prévisible. A cette échéance la situation médicale pourra être considérée comme définitivement stabilisée et les suites de l'accident nécessiteront un suivi médical espacé à long terme (1 consultation par année), des mesures ponctuelles d'antalgie et des semelles moulées longues qui devront être renouvelées annuellement.

Sur le plan asséculoologique, un retour durable vers une pleine capacité dans son activité professionnelle n'est pas envisageable. Le patient peut, par contre, mettre en valeur une pleine capacité (horaire et rendement) dans une activité adaptée avec les limitations déjà définies au terme de l'examen à l'agence du 08.09.2015 (positions de travail alternées assis/debout, pas de déplacement supérieur à 15 minutes, pas de déplacement en terrain accidenté, pas d'utilisation d'échelle et d'échafaudage, pas d'utilisations répétées d'escaliers et pas de port de charges lourdes). »

Le 4 octobre 2016, l'assuré a subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse (protocole opératoire du 20 octobre 2016).

Dans un avis SMR du 7 novembre 2016, la Dre G. _____ a écrit ce qui suit :

« Notre avis : vu les nouvelles pièces médicales (GED, le 30.09.2016, l'examen final du médecin d'arrondissement du 19.09.16, inclus), le fait que sur le plan ostéo-articulaire la situation médicale ne pourrait pas être considérée comme stabilisée avant une période de 6 à 8 semaines dès la date de l'intervention du 04.10.2016 (sauf en cas d'une nouvelle intervention), le courrier du médecin traitant qui mentionne plusieurs atteintes somatiques avec des répercussions sur le rendement, même dans une activité légère, compte tenu de l'âge et la barrière linguistique non négligeable de l'intéressé, nous estimons sa capacité de travail nulle dans toute activité et ceci au-delà du 31.12.2015. »

Le 2 décembre 2016, le Dr F. _____ a indiqué que la situation pouvait être considérée comme médicalement stabilisée et que la capacité de travail, ainsi que les limitations fonctionnelles arrêtées le 19 septembre 2016, étaient toujours d'actualité.

Le 7 décembre 2016, la CNA a informé l'assuré que dans la mesure où les suites de l'accident étaient suffisamment stabilisées, et que l'on ne pouvait plus attendre de la continuation du traitement une amélioration notable de l'état de santé, elle mettrait fin au paiement des

soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 décembre 2016.

Par décision du 18 janvier 2017, la CNA a reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité d'un taux de 14 % à compter du 1^{er} janvier 2017. Elle a en outre fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 15 %.

Par rapport du 29 mai 2017 à l'OAI, le Dr C. _____ a indiqué que son patient avait reçu des chaussures orthopédiques sur mesure, améliorant partiellement sa situation. L'assuré gardait encore des hypers appuis et des gênes en dessous de la tête du deuxième et cinquième métatarsien. La forme du pied et l'alignement du pied étaient tout à fait acceptables, sans hyper appui majeur sur le podoscope. La mobilisation des articulations métatarsophalangiennes était discrètement douloureuse à la mobilisation. Sur les radiographies, le Dr C. _____ a constaté un conflit avec deux vis qui étaient un peu longues. Il a proposé une adaptation des semelles orthopédiques.

Dans un avis SMR du 18 juillet 2017, la Dre G. _____ a repris les limitations fonctionnelles arrêtées par le médecin d'arrondissement de la CNA. Elle a estimé que l'assuré était en incapacité de travail entière dans son activité habituelle dès le 22 novembre 2011, date de l'accident. La Dre G. _____ a requis du Dr C. _____ qu'il confirme que la capacité de travail dans une activité adaptée pouvait être estimée entière dès le 1^{er} janvier 2017 ou, à défaut, qu'il précise les raisons médicales pour lesquelles tel ne serait pas le cas.

Le 16 octobre 2017, le Dr C. _____ a répondu que lors du dernier rendez-vous du 18 mai 2017, l'évolution n'était encore pas complètement stabilisée, avec des douleurs malgré l'équipement de chaussures orthopédiques. Il a précisé avoir prolongé l'arrêt de travail de six semaines à l'issue de sa dernière consultation.

Dans un rapport du 14 septembre 2017 au conseil de l'assuré, le Dr H. _____ a indiqué que l'état de santé de son patient n'avait pas

évolué depuis le mois d'octobre 2016, que son rendement était diminué de 50 % et qu'au vu des limitations professionnelles, de son âge et de sa formation, il ne serait pas en mesure de reprendre une activité professionnelle, même légère.

Par rapport du 31 octobre 2017 au conseil de l'assuré, le Dr C._____ a indiqué que la situation semblait stabilisée, sous réserve d'hypers appuis et de gênes en dessous de la tête des deuxième et cinquième métatarsiens. Certes cela augmentait son périmètre de marche, mais le patient ne pouvait pas marcher et rester en position debout plus que 30 à 40 minutes. Il a estimé que la reprise d'une activité adaptée en positions debout et assise alternées sans port de charge devrait être possible au début de l'année 2018, une fois les adaptations des supports plantaires effectuées.

Dans un avis SMR du 5 décembre 2017, la Dre G._____ a constaté que la situation n'était pas stabilisée compte tenu des investigations en cours. Elle a relaté un téléphone avec le Dr H._____ qui confirmait que l'état de santé de l'intéressé était toujours le même, et qu'il ne pouvait pas assumer une activité professionnelle même légère dans le contexte d'une symptomatologie douloureuse persistante, de difficultés à la marche, d'un « état psychologique fragilisé » après l'accident de 2011 et les multiples interventions subséquentes, ainsi que d'investigations en cours pour une anémie et un déficit de vitamine B12. Elle a demandé que le Dr H._____ soit ré-interrogé au mois de février 2018 pour préciser l'évolution de l'état de santé de l'intéressé, présenter les conclusions des investigations effectuées, les diagnostics retenus et ses positions sur la capacité de travail dans une activité adaptée, ainsi que pour se prononcer sur une atteinte psychiatrique durable associée et un éventuel traitement en cours. Elle a aussi sollicité que le Dr C._____ soit ré-interrogé au mois de février 2018 sur l'évolution orthopédique depuis le mois d'octobre 2017 et sur la capacité de travail dans une activité adaptée dès le mois de janvier 2018.

Par décision sur opposition du 9 mars 2018, la CNA a partiellement admis l'opposition de l'assuré et porté le taux de la rente d'invalidité à 16 %.

Dans un rapport d'examen SMR du 20 mars 2018, la Dre G. _____ a estimé que faute de nouveaux éléments, les conclusions du médecin d'arrondissement de la CNA dans ses rapports des 19 septembre et 2 décembre 2016 pouvaient être reprises.

Par projet d'acceptation de rente du 22 mars 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui reconnaître le droit à une rente entière du 1^{er} novembre 2012 au 31 mars 2017. Après cette date, l'OAI a estimé que le degré d'invalidité de l'assuré se montait à 19,13 %. Il a retenu un revenu sans invalidité de 74'255 fr. 74 (selon son dernier employeur) et un revenu d'invalidité de 60'047 fr. 04 fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2012) pour un homme effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (TA 1, niveau de compétence 1), compte tenu de la durée moyenne usuelle du temps de travail en entreprise de 41,7 heures, de l'indexation des salaires et d'un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles, de l'âge et des années de service de l'assuré.

Les 28 mars et 27 avril 2018, l'assuré, par son conseil, a fait part à l'OAI de ses objections sur le projet de décision.

Dans un avis SMR du 18 mai 2018, la Dre G. _____ a constaté l'absence de nouvelle atteinte à la santé, respectivement l'absence d'aggravation des pathologies connues, et maintenu son appréciation du 20 mars 2018.

Par courrier au conseil de l'assuré du 23 mai 2018, l'OAI a indiqué que l'assuré n'apportait pas de nouveaux éléments médicaux objectifs pour admettre une aggravation de son état de santé. S'agissant de l'application de la jurisprudence pour les assurés proches de la retraite,

l'OAI a relevé que malgré quelques limitations fonctionnelles, l'assuré demeurait capable de travailler à plein temps.

Par décision du 15 juin 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision du 22 mars 2018.

B. Le 17 août 2018, A._____, représenté par Me David Métille, a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi d'une rente entière au-delà du 1^{er} mars 2017. En substance, il fait valoir que compte tenu de son âge, de 60 ans et 11 mois lors de l'examen médical final par le médecin d'arrondissement de la CNA le 19 septembre 2016, respectivement de 62 ans et 2 mois lors de l'appréciation médicale de l'OAI du 5 décembre 2017, il était inemployable, si bien qu'une rente entière doit lui être reconnue.

Dans sa réponse du 9 octobre 2018, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Les parties ont maintenu leur position dans leurs écritures ultérieures. Le recourant a en outre produit le 28 décembre 2018 une note du 19 septembre 2016 de la CNA, concernant un entretien avec lui-même et un traducteur à la suite de l'examen médical par le médecin d'arrondissement, à la teneur suivante :

« Nous apprenons que l'ablation du matériel est prévue le 4.10.2016. Nous dit que la date n'est pas définitive... Nous prions donc nos interlocuteurs de nous tenir informés dès qu'ils en sauront plus.

Une stabilisation médicale est escomptée 6 semaines après l'AMO, sauf en cas de nouvelle intervention.

Les limitations physiques restent identiques à celles fixées lors de l'examen du 8.9.2015. Il n'y a également pas d'aggravation de l'estimation pour atteinte à l'intégrité. »

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 compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA ; 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 des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 mars 2017. En revanche, l'octroi d'une rente entière pour la période du 1^{er} novembre 2012 au 31 mars 2017 n'est pas sujet à controverse entre les parties, aucune raison pertinente ne justifiant par ailleurs de revenir sur ce point.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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).

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être

tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

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).

4. **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. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (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).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) Le recourant soutient qu'il ne dispose plus d'une capacité de travail résiduelle économiquement exploitable sur le marché du travail. Il fait plus particulièrement grief à l'intimé de n'avoir notamment pas tenu compte de l'appréciation de la Dre G. _____ du SMR du 7 novembre 2016, et soutient qu'aucun employeur ne serait disposé à l'engager, notamment en raison de son âge, de sa situation médicale et de ses qualifications professionnelles limitées.

Pour sa part, l'OAI soutient que le recourant présente bien une capacité de travail entière à compter du 1^{er} janvier 2017 dans une activité

adaptée à ses limitations fonctionnelles. Quant à l'âge, s'il est certes avancé, l'intimé observe que l'examen de l'ensemble des circonstances ne permet pas de retenir que l'assuré ne serait pas en mesure de mettre en valeur ses capacités dans la recherche d'un poste principalement manuel compatible avec sa problématique de santé sur un marché de l'emploi supposé équilibré.

Sur le plan médical, il n'est pas contesté qu'à la suite de l'accident du 22 novembre 2011, l'assuré a présenté une incapacité de travail totale. L'évolution a été défavorable, malgré les reprises chirurgicales et le séjour de l'assuré à la Clinique de réadaptation E._____. L'assuré n'est du reste plus en mesure d'exercer son activité habituelle de manœuvre, ce dont tous les médecins conviennent.

Après plusieurs interventions chirurgicales, et une évolution défavorable à la suite de l'événement accidentel du 22 novembre 2011, le Dr F._____ a procédé le 19 septembre 2016 à l'examen médical final du recourant. Dans ce cadre, il a constaté que la situation était proche de la stabilisation, sous réserve d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse prévue de 4 octobre 2016 impliquant une période d'incapacité de travail postopératoire de quatre à six semaines. Il a précisé qu'à cette échéance, la situation médicale pourrait être tenue pour définitivement stabilisée, les suites de l'accident nécessitant un suivi médical espacé à long terme (consultation annuelle, traitement antalgique ponctuel et semelles moulées à renouveler). Finalement, la date du 1^{er} janvier 2017 a été retenue aussi bien par la CNA que par l'OAI pour la reprise d'une activité adaptée à 100%. Cette appréciation, qui se fonde sur un examen complet du dossier, ainsi que plusieurs compléments demandés aux médecins-traitants, ne prête pas le flanc à la critique et n'est pas contredite par les autres éléments médicaux au dossier émanant tant du SMR, du médecin d'arrondissement de la CNA que du médecin généraliste traitant de l'assuré (cf. avis SMR 20 mars 2018, rapport du Dr F._____ du 2 décembre 2016, rapport du Dr H._____ du 9 septembre 2017). Le Dr H._____ indique en particulier que l'état de santé du recourant demeure inchangé depuis son rapport du 23 octobre 2016. C'est donc à

compter du 1^{er} janvier 2017 qu'il y a lieu de reconnaître une capacité de travail entière du recourant dans une activité adaptée.

b) Reste encore à examiner si le recourant est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail.

aa) 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. 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 (TF 9C_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2. et les références citées). Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait 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 (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1).

Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée, correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent

d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; 143 V 432 consid. 4.5.2 ; TF 9C_839/2017 du 24 avril 2018 consid. 6.2).

bb) En l'espèce, la date déterminante pour se prononcer sur l'exigibilité de la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail est celle du rapport d'examen final du Dr F._____, soit le 19 septembre 2016. A ce moment-là toutefois, le Dr F._____ n'a pas constaté que l'exercice d'une activité était exigible à 100%. Il a en effet relevé que la situation était proche de la stabilisation, dès lors qu'une ablation du matériel d'ostéosynthèse du pied droit était encore prévue le 4 octobre 2016, laquelle allait nécessiter une hospitalisation de deux à trois jours et une période d'incapacité de travail postopératoire de quatre à six semaines prévisibles. C'est ainsi à cette échéance, soit aux alentours de la mi-novembre 2016, que le Dr F._____ a estimé que la situation serait définitivement stabilisée, et que l'assuré pourrait exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (positions de travail alternées assis/debout, pas de déplacement supérieur à 15 minutes, pas de déplacement en terrain accidenté, pas d'utilisation d'échelle et d'échafaudage, pas d'utilisations répétées d'escaliers et pas de port de charges lourdes). Le médecin d'arrondissement a d'ailleurs confirmé dans son rapport du 2 décembre 2016 que la situation pouvait être tenue comme médicalement stabilisée.

Le recourant, né le [...] 1955, était ainsi âgé de 60 ans et 11 mois lors de l'évaluation du 19 septembre 2016, respectivement de 61 ans et 1 mois à mi-novembre 2016. La Dre G._____ du SMR a pour sa part retenu qu'une entière capacité de travail dans une activité adaptée était exigible à compter du 1^{er} janvier 2017, soit à une date où l'assuré était âgé de 61 ans et 2 mois.

En l'occurrence, l'assuré, depuis son arrivée en Suisse, a travaillé auprès de la même entreprise, respectivement pour le même groupe de sociétés administrées par les frères X.B._____ et Y.B._____. Durant quelque vingt ans, il a été ouvrier au goudronnage, puis durant quatre ans environ, il a fonctionné comme manœuvre de chantier

(coffrage, ferrailage, bétonnage, pas de montage de briques) comme le montre l'analyse de la situation professionnelle établie par la CNA le 20 mars 2012. Il n'apparaît ainsi pas que le recourant ait acquis une quelconque formation ou toute autre expérience qu'il serait en mesure de mettre directement en valeur dans le cadre d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'exercice d'une nouvelle activité adaptée aux limitations fonctionnelles affectant son membre inférieur droit (soit : positions de travail alternées assis/debout, pas de déplacement supérieur à 15 minutes, pas de déplacement en terrain accidenté, pas d'utilisation d'échelle et d'échafaudage, pas d'utilisations répétées d'escaliers et pas de port de charges lourdes) impliquerait, par conséquent, une reconversion dans un environnement professionnel nouveau et présupposerait des facultés d'adaptation très vraisemblablement insurmontables d'un point de vue subjectif. Il est pour le surplus constant que le recourant maîtrise mal la langue française, l'un ou l'autre de ses enfants ayant fonctionné comme interprète dans ses échanges avec la CNA, et été présent lorsqu'il a été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA.

Compte tenu de la situation personnelle et professionnelle du recourant, on peine dès lors à imaginer qu'un employeur consente à investir les moyens, le temps et les efforts nécessaires pour permettre au recourant de se réinsérer dans le monde du travail, et ce même dans une activité manuelle simple dans le secteur de la production et des services. Dans ces conditions, il convient de conclure que l'assuré n'est plus en mesure de retrouver un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles sur un marché équilibré du travail.

Par conséquent, l'intimé devra continuer de servir au recourant une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mars 2017.

6. Vu l'issue du recours, qui doit être admis, il n'y pas lieu d'examiner les griefs du recourant relatifs aux mesures d'orientation professionnelle.

7. a) En définitive, le recours doit ainsi être admis, et la décision attaquée réformée en ce sens que la rente entière d'invalidité allouée au recourant à compter du 1^{er} novembre 2012 est maintenue au-delà du 31 mars 2017.

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 judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé, qui succombe.

c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). En l'espèce, les dépens sont arrêtés à 2'500 fr., TVA comprise, à la charge de l'intimé qui succombe (art. 55 al. 2 et 56 al. 2 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 15 juin 2018 est réformée en ce sens que la rente entière d'invalidité allouée à A._____ à compter du 1^{er} novembre 2012 est maintenue au-delà du 31 mars 2017.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A._____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me David Métille (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- 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).

Le greffier :