

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 juin 2020

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Röthenbacher et Brélaz Braillard, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

W. _____, à [...], recourant, représenté par Me Valérie Maurer, avocate à Neuchâtel,

et

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

Art. 28 et 29 LAI ; 43 al. 1 LPGA ; 29^{bis} al. 1 LAVS ; 52c RAVS

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 1964, est entré en Suisse le 28 août 2013 et y a travaillé comme maçon, d'abord pour l'agence de placement [...], puis pour un entrepreneur individuel. Ce dernier ayant fait faillite, l'assuré a touché des indemnités d'insolvabilité de la Caisse cantonale vaudoise de chômage pour la période du 7 octobre au 5 décembre 2013.

Le 26 juin 2014, il a rempli une demande de prestations AI que l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a réceptionnée le 1^{er} juillet 2014. Il y a indiqué qu'il était en totale incapacité de travail depuis le 3 décembre 2013 en raison d'un accident de travail.

Il ressort du dossier transmis par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) que le 3 décembre 2013, alors que l'assuré avait le genou appuyé contre un coffrage qu'il était en train de poser, son collègue qui se trouvait de l'autre côté du panneau de coffrage a utilisé une grosse perceuse pour y percer les passages des barres de coffrage, dont le foret a traversé brutalement le coffrage et est venu se planter dans le genou gauche de l'assuré.

La CNA a pris en charge les suites de cet accident.

Dans un rapport médical du 7 janvier 2014 de l'Hôpital [...], les Drs D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et H._____, médecin-assistante, ont posé le diagnostic principal d'arthrotomie traumatique avec arrachement partiel de la corne antérieure du ménisque externe du genou gauche et comme diagnostics secondaires une HTA traitée, une cardiopathie ischémique avec pose de stents en 2010 et une artériopathie bilatérale des membres inférieurs. La radiographie réalisée n'a pas montré de lésion osseuse visible. Les médecins ont procédé à un débridement, rinçage et refixation

de la corne antérieure du ménisque externe. Une incapacité totale de travail a été attestée dès le 3 décembre 2013.

Dans un rapport du 25 juillet 2014 de l'Hôpital [...], le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'incapacité de travail se poursuivait au vu des difficultés de l'assuré à monter et descendre les escaliers, mais que l'activité exercée était encore exigible et qu'une reprise partielle était prévue à partir de mi-août 2014, puis totale par la suite.

L'arrêt de travail de l'assuré a toutefois été prolongé par la suite.

Dans des rapports des 28 juillet 2014 et 16 décembre 2014, les Drs M._____, spécialiste en chirurgie, et le Dr Z._____, médecin praticien, ont fait état de douleurs et d'une amyotrophie du quadriceps gauche qui empêchaient l'assuré de monter les escaliers et marcher avec des charges.

Par communication du 8 décembre 2014, l'OAI a pris en charge les frais de cours de français en faveur de l'assuré, du 5 janvier au 13 mars 2015. Ceux-ci ont toutefois dû être interrompus en raison d'un séjour de l'assuré à la Q.____ (ci-après : Q.____) décidé par le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement à la CNA, à la suite de l'examen de l'assuré auquel il a procédé le 5 janvier 2015.

Dans son rapport d'examen du 8 janvier 2015, le Dr T._____ a fait l'appréciation suivante :

« L'assuré est vu à 13 mois d'une arthrotomie traumatique avec arrachement de la corne antérieure du ménisque interne du genou G.

L'évolution n'est pas satisfaisante. L'assuré décrit des pseudo-lâchages en appui monopodal et lorsqu'il monte/descend les escaliers ou les pentes. Il déclare qu'il est incapable de reprendre son métier de maçon. Il n'a remarqué aucune amélioration depuis septembre 2014.

L'examen actuel ne permet pas d'expliquer les plaintes ni de justifier cet arrêt de travail prolongé.
Dans ces conditions, un séjour à la Q. _____ pour évaluation complète de l'état du genou avec un examen IRM ainsi qu'un traitement de rééducation intensive sont nécessaires. »

L'assuré n'a pas pu effectuer l'entier du séjour prévu à la Q. _____ en raison de problèmes cardiaques ayant nécessité des contrôles selon l'avis de sortie du 2 mars 2015 et le rapport de la Q. _____ du 10 mars 2015.

Dans un rapport médical du 23 mars 2015, le Dr V. _____, spécialiste en cardiologie, a indiqué que l'échocardiographie de stress à la Dobutamine effectuée était rassurante et parlait en défaveur d'une ischémie myocardique significative concernant les vaisseaux coronariens épicaudiques.

Questionné par la CNA, le Dr V. _____ a fait savoir, le 17 avril 2015, qu'il n'y avait pas de contre-indication cardiologique à la reprise d'une activité physique en lien avec le séjour de rééducation.

Un nouveau séjour de réadaptation à la Q. _____ a eu lieu du 20 mai au 23 juin 2015.

Dans le rapport établi le 10 juillet 2015 à l'issue de ce séjour, le Dr R. _____ et la Dre J. _____ ont retenu les diagnostics et la capacité de travail suivants :

« DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- *Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et raideur du genou gauche*

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- *03.12.2013 : arthrotomie accidentelle du genou gauche avec arrachement partiel de la corne antérieure du ménisque externe*
- *03.12.2013 : status post-débridement, rinçage et re fixation de la corne antérieure du ménisque externe*

CO-MORBIDITES

- *Hypertension artérielle traitée*
- *Diabète de type II traité par anti-diabétiques oraux (ADO)*
- *Artériopathie oblitérante des membres inférieurs*

- *Cardiopathie ischémique*

ANTECEDENTS

- *Infarctus du myocarde NSTEMI [sans élévation du segment ST] inféro-latéral en février 2010, avec sténose de 75 % de l'IVA [artère interventriculaire antérieure] proximale, artère circonflexe de petit calibre avec occlusion du tiers moyen de la coronaire droite, dominante, avec irrégularités diffuses, angioplastie et pose de stent actif sur l'IVA proximale*
- *Contrôle cardiologique de novembre 2014 : FEVG [fraction d'éjection du ventricule gauche] globale normale avec akinésie cicatricielle, inféro-latérale basale, localisée. Sclérose aortique sans dysfonction valvulaire significative*
- *Contrôle cardiologique les 20.03.2015 et 23.03.2015 : échographie de stress à la Dobutamine bien tolérée, sans complications. Fraction d'éjection du ventricule gauche normale au repos avec présence d'une akinésie latérale et en réponse, hypercinétique, sous doses croissantes de Dobutamine, sans nouveau trouble de la cinétique segmentaire et absence d'arythmie significative*
- *Artériopathie des membres inférieurs ddc [des deux côtés], avec pose d'un stent à la jambe droite en 2012, au Portugal. Pas de suivi depuis lors.*

[...]

Examens radiologiques :

RX genou gauche du 03.12.2013 : variante anatomique de la morphologie du tibia. Interlignes articulaires difficiles à évaluer car la RX de face n'a pas été réalisée en charge.

IRM genou gauche du 04.03.2015 : petite irrégularité de l'os sous-chondral du condyle fémoral interne et de la rotule sans lésion cartilagineuse franche avec sinon état cartilagineux en ordre. Discrète altération de la corne postérieure du ménisque interne de grade II sans déchirure. Pas de lésions ligamentaires sauf aspect un peu remanié du ligament croisé antérieur pouvant refléter un ancien traumatisme.

Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue. [...]

Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (cf. liste diagnostics).

Des facteurs contextuels influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient : auto-limitations à cause de la douleur lors des exercices de renforcement, ce qui rend la progression difficile. [...]

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme élevée.

Aucune incohérence n'a été relevée.

La poursuite d'un traitement de physiothérapie à raison de 3 x/semaine pour six semaines pourrait permettre de finaliser la rééducation.

La situation sera stabilisée du point de vue médical dans environ 1-2 mois.

Aucune limitation n'est retenue.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est favorable. [...]

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE MACON

- 100 % du 20.05.2015 au 23.06.2015.
- 100 % du 24.06.2015 au 09.08.2015.
- 50 % du 10.08.2015 au 20.09.2015, puis à réévaluer. »

L'assuré a été vu une nouvelle fois par le Dr T._____ le 18 septembre 2015. Il a retenu les diagnostics de status après arthrotomie traumatique du genou gauche avec arrachement partiel de la corne antérieure du ménisque externe le 3 décembre 2013, d'hypertension artérielle en traitement, de diabète de type II, d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, de cardiopathie ischémique, de status après mise en place d'un stent coronaire en 2010 et de status après débridement, rinçage et refixation de la corne antérieure du ménisque externe du genou gauche le 3 décembre 2013. L'assuré avait terminé les séances de physiothérapie qui lui avaient été prescrites à sa sortie de la Q._____. Le Dr T._____ a estimé que l'événement traumatique avait cessé de déployer ses effets et qu'on pouvait établir un *statu quo sine* à partir du 1^{er} octobre 2015. La capacité de travail de l'assuré était complète à partir du 1^{er} octobre 2015. En raison des comorbidités, un travail moins lourd que celui de maçon serait mieux adapté à son état général. L'événement en cause n'avait pas entraîné d'atteinte durable et importante de l'intégrité corporelle.

Dans le calcul du salaire exigible effectué le 26 octobre 2015, le Service de réadaptation de l'OAI a considéré que si l'assuré ne pouvait plus exercer le métier de maçon qui comprenait des travaux trop lourds au vu de son état général, il pouvait travailler dans les autres métiers du

bâtiment, à savoir comme aide-menuisier, aide-chauffagiste, aide-installateur sanitaire, etc., ainsi que comme agent de sécurité ou chauffeur-livreur, professions dans lesquelles il avait déjà de l'expérience.

A la demande de l'OAI, l'assuré a notamment transmis le 17 juin 2016 un document de l'agence d'assurances sociales portugaise du 13 février 2015 montrant ses périodes de cotisation entre 1983 et 2004.

Le 3 novembre 2017, l'OAI a réceptionné de la part des autorités portugaises le formulaire officiel d'attestation de périodes de cotisation concernant l'assuré.

L'OAI a également requis l'extrait du compte individuel de l'assuré à l'AVS. Celui-ci fait état de cinq mois de cotisations en 2013, à savoir un montant de 4'567 fr. de la part de [...] SA pour les mois d'août et septembre 2013 et 13'780 fr. de la Caisse cantonale vaudoise de chômage pour les mois d'octobre à décembre 2013.

Par projet de décision du 22 février 2019, puis par décision du 16 avril 2019, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} janvier 2015 (six mois après le dépôt de la demande), se montant à 53 fr., puis un quart de rente du 1^{er} au 31 décembre 2015, soit 14 fr. mensuels. Il a retenu que son incapacité de travail avait été totale jusqu'au 9 août 2015, puis qu'il avait retrouvé une capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir dans une activité moins lourde, d'abord à 50 % puis à 100 % dès le 1^{er} octobre 2015. Dans la mesure où il n'avait pas repris d'activité professionnelle le 10 août 2015, l'OAI s'est référé aux données salariales statistiques pour calculer que la capacité de travail à 50 % de l'assuré lui aurait permis de toucher un revenu de 33'353 fr. 56 qui, comparé à son revenu sans atteinte à la santé de 59'458 fr. 44, entraînait un degré d'invalidité de 44 % pour cette période. Le montant de la rente avait été calculé à partir d'un revenu annuel moyen de 14'100 fr. basé sur une année et cinq mois de cotisations, et se fondait sur l'échelle de rente 2.

B. Par acte du 28 mai 2019, W._____, désormais représenté par Me Valérie Maurer, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} janvier 2015 pour une durée indéterminée, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision, sous suite de frais et dépens. Il a également requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Il a fait valoir que la décision attaquée était peu claire et sa motivation peu détaillée, que l'intimé n'avait pas instruit à satisfaction sur le plan médical, que ses limitations fonctionnelles n'avaient pas été clairement définies et que le Dr T._____ ne prenait pas en compte les douleurs ressenties, pourtant étayées par la plupart des spécialistes. Il a critiqué le calcul de son degré d'invalidité, invoquant que les activités citées n'apparaissaient pas exigibles médicalement et qu'il y avait lieu de procéder à un abattement de 20 % sur son revenu d'invalidité. Enfin, il s'est opposé au montant de sa rente d'invalidité, faisant valoir que les chiffres retenus n'étaient pas expliqués, en particulier ceux relatifs aux périodes de cotisation, qu'il y avait lieu de tenir compte d'un revenu annuel de 59'458 fr. 44, déterminé notamment sur la base de la CCT applicable aux maçons, de prendre en considération les années de cotisations effectuées au Portugal et le maximum de l'échelle applicable, à savoir l'échelle 44, de sorte que sa rente devait être fixée à 2'029 fr. minimum.

Dans sa réponse du 9 juillet 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a retenu que le recourant pouvait exercer une activité moins lourde dans le secteur du bâtiment ou n'importe quelle activité légère dans un autre secteur. Sa situation concrète ne justifiait en outre pas d'abattement. L'OAI a transmis une prise de position de la Caisse AVS X._____ du 4 juillet 2019, qui expliquait les bases de calcul du montant de la rente.

Par réplique du 18 octobre 2019, le recourant a repris les arguments de son recours.

Dans leurs écritures des 31 octobre 2019 et 7 novembre 2019, la Caisse AVS et l'OAI ont maintenu leur position. Se basant sur un avis du SMR du 30 octobre 2019, l'OAI a estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle d'aide maçon était entière depuis le 1^{er} octobre 2015, sans diminution de rendement. Le SMR a notamment relevé que le Dr P._____ avait indiqué que l'activité habituelle d'aide-maçon était encore exigible, que ni la Q._____, ni le médecin d'arrondissement de la CNA ne retenaient de limitations fonctionnelles, et que si ce dernier recommandait une activité moins physique, c'était en raison des comorbidités vasculaires, étant toutefois précisé que le Dr V._____, cardiologue, autorisait la reprise d'une activité physique.

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 auprès du tribunal compétent en temps utile compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a 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 montant de la rente entière d'invalidité octroyée au recourant du 1^{er} janvier 2015 au 30 novembre 2015, sur le montant et l'ampleur de son droit à des prestations d'invalidité du 1^{er} au

31 décembre 2015 et sur son droit à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 décembre 2015.

3. a) Il convient dans un premier temps d'examiner le grief de violation du droit d'être entendu que le recourant fait valoir dans son recours, invoquant que la décision attaquée est peu claire et sa motivation peu détaillée.

b) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

c) En l'occurrence, le recourant reproche à l'OAI d'avoir rendu une décision peu claire, qui ne contient qu'une motivation peu détaillée et structurée de sa capacité de travail et de ses limitations fonctionnelles. S'il est vrai que l'enchaînement des éléments relatifs à la capacité de travail du recourant figurant dans la décision litigieuse n'est pas des plus logiques, il faut néanmoins constater que l'on comprend les éléments sur lesquels l'OAI s'est fondé, à savoir une totale incapacité de travail jusqu'au 9 août 2015, une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée dès le 10 août 2015, puis une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à partir du 1^{er} octobre 2015. Le recourant a d'ailleurs été en mesure de le comprendre puisqu'il conteste dans son recours avoir retrouvé une telle capacité de travail.

Le recourant estime en outre que son droit d'être entendu a été violé dans la mesure où il ne pouvait pas être en mesure de comprendre le raisonnement de l'autorité intimée pour le calcul de sa rente d'invalidité. Il faut cependant constater que la décision attaquée mentionne les éléments sur lesquels l'OAI s'est basé pour calculer le montant de la rente, à savoir d'une part le revenu annuel moyen déterminant, soit 14'100 fr., basé sur une année et 5 mois de cotisations, et d'autre part la durée de cotisations de la classe d'âge (29) et le nombre d'années de cotisations prises en compte pour l'échelle (01.05), qui déterminent l'échelle de rente applicable, à savoir l'échelle 2 en l'occurrence. La décision attaquée mentionne ainsi les bases du calcul, lesquelles apparaissent suffisantes au regard du droit d'être entendu.

4. 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) Les règles et principes jurisprudentiels relatifs à la révision du droit à une rente d'invalidité, au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, sont applicables lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression ou la modification de cette rente, respectivement octroie une rente pour une durée limitée (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 2).

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. 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 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

d) 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).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

5. En l'espèce, l'OAI a reconnu au recourant le droit à une rente entière d'invalidité entre le 1^{er} janvier 2015 et le 30 novembre 2015, ce qui n'est pas contesté. Il est en effet admis que le recourant a présenté une totale incapacité de travail dans toute activité du 3 décembre 2013 au 9 août 2015. L'OAI a cependant considéré, sur la base du rapport de la Q. _____ du 10 juillet 2015 et du rapport d'examen final du Dr T. _____ du 18 septembre 2015, que le recourant avait retrouvé une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 % dès le 10 août 2015, puis de 100 % dès le 1^{er} octobre 2015. Compte tenu de ces améliorations successives de l'état de santé du recourant, l'intimé a ainsi constaté que le recourant n'avait droit plus qu'à un quart de rente à partir du 1^{er} décembre 2015, soit trois mois après la récupération d'une capacité de travail de 50 %, puis a mis fin à son droit à la rente au 31 décembre 2015, trois mois après la récupération d'une pleine capacité de travail (en application de l'art. 88a al. 1 RAI).

Le recourant conteste l'amélioration de sa capacité de travail et invoque que les pièces médicales au dossier ne précisent pas de manière claire ses limitations fonctionnelles.

S'agissant de l'atteinte au genou, les médecins de la Q._____ ont estimé, dans leur rapport du 10 juillet 2015, que la situation serait stabilisée d'ici un à deux mois, que le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de maçon était favorable, qu'il n'y avait pas lieu de retenir de limitation et que le recourant pourrait ainsi reprendre son activité à 50 % dès le 10 août 2015 jusqu'au 20 septembre 2015, puis qu'il y aurait lieu de réévaluer la situation. Ils ont recommandé la poursuite de la physiothérapie durant encore six semaines afin de finaliser la rééducation.

Il ressort du rapport d'examen final du Dr T._____ du 18 septembre 2015 que les séances de physiothérapie prévues ont eu lieu et que ce traitement a pris fin au début du mois d'août 2015. A l'issue de son examen, le médecin d'arrondissement a estimé que la capacité de travail de l'assuré était complète à partir du 1^{er} octobre 2015.

Tant les médecins de la Q._____ que le Dr T._____ se sont prononcés en pleine connaissance du dossier du recourant, y compris radiologique, sur la base de l'examen clinique auquel ils ont procédé. Leurs conclusions sont par ailleurs concordantes dans la mesure où elles vont dans le sens d'une récupération de la capacité de travail dans l'activité de maçon, qu'ils n'estiment pas contre-indiquée en raison de l'atteinte au genou.

Cela étant, il faut constater que le rapport de la Q._____ du 10 juillet 2015 et le rapport d'examen final du Dr Z._____ du 18 septembre 2015 font état de comorbidités, à savoir une hypertension artérielle, un diabète de type II, une artériopathie oblitérante des membres inférieurs et une cardiopathie ischémique. Les médecins ne s'attardent toutefois pas sur ces atteintes puisqu'elles n'avaient pas à être

prises en charge par la CNA, faute d'être en lien de causalité avec l'événement du 3 décembre 2013. Le Dr T._____ a tout de même mentionné que l'activité de maçon n'était pas adaptée aux comorbidités du recourant, préconisant une activité « moins lourde », sans plus de précision. Malgré l'existence de ces atteintes, il faut constater qu'à la suite des rapports précités et jusqu'au projet de décision du 22 février 2019, soit pendant plus de 3 ans et demi, l'OAI n'a procédé à aucune instruction médicale, respectivement n'a sollicité aucun rapport médical notamment auprès du médecin traitant, le Dr Z._____, et du cardiologue traitant, le Dr V._____. Le dossier en l'état ne permet ainsi pas de déterminer si les atteintes présentées par l'assuré autres que celle au genou sont incapacitantes, ou entraînent des limitations fonctionnelles justifiant une diminution de rendement ou un abattement sur son revenu d'invalidé.

Dans ses écritures, l'OAI se contente de se référer aux activités exigibles définies par son Service de réadaptation et figurant dans la note du 26 octobre 2015 relatif au calcul du salaire exigible. Les conclusions de ce service, relatives en particulier à l'absence d'abattement, sont toutefois insuffisantes, dès lors que les limitations fonctionnelles, notamment en lien avec la pathologie cardiaque, n'ont pas été décrites faute d'instruction sur le plan médical.

L'appréciation du SMR du 30 octobre 2019 ne permet pas de suppléer à l'absence d'instruction sur le plan médical, puisque ce service précise que son analyse n'est fondée que sur les éléments médicaux à sa disposition, soit ceux recueillis par l'assureur-accidents. Il fait à cet égard référence au rapport du Dr V._____ du 17 avril 2015 à la CNA, qui selon ses termes « autorisait la reprise d'une activité physique ». Dans ce rapport, le Dr V._____ se limite cependant à préciser qu'il n'y a pas de contre-indication concernant la reprise d'une activité physique en lien avec le séjour en rééducation à la Q._____. Ainsi, le cardiologue traitant ne s'est prononcé ni sur la capacité de travail de son patient dans une activité lucrative, ni sur ses limitations fonctionnelles.

Au vu de ce qui précède, l'OAI ne pouvait, comme il le fait dans ses déterminations du 7 novembre 2019, se fonder sur l'absence d'éléments médicaux pour exclure des limitations fonctionnelles durablement incapacitantes, ainsi qu'une diminution de rendement. Il lui appartenait au contraire, conformément à son obligation d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA), de solliciter à tout le moins de la part du médecin traitant et du cardiologue traitant des rapports médicaux sur la capacité de travail du recourant et ses limitations fonctionnelles depuis 2015.

6. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause, les rapports produits par la CNA n'étant pas suffisants pour rendre une décision à satisfaction de droit, ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), et d'écarter la demande d'expertise judiciaire formulée par le recourant. L'intimé devra ainsi procéder à un complément d'instruction en sollicitant des rapports médicaux auprès du médecin traitant et du cardiologue s'agissant de l'évolution des pathologies présentées par l'assuré dès 2015. Il appartiendra à l'intimé de rendre

ensuite une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant au-delà du 30 novembre 2015.

7. a) Si la capacité de travail du recourant à partir du 10 août 2015 doit encore être précisée par le biais d'une instruction complémentaire, il est admis que son incapacité de travail était totale dans toute activité du 3 décembre 2013 au 9 août 2015. Dans la décision attaquée, l'OAI lui a ainsi octroyé une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier au 30 novembre 2015. L'intimé a reconnu que le degré d'invalidité du recourant était de 100 % à la fin du délai d'attente d'une année, soit le 3 décembre 2014, mais a précisé que le droit à la rente ne pouvait s'ouvrir qu'au plus tôt six mois après le dépôt de la demande.

b) Le droit à la rente prend en effet naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

A cet égard, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que, conformément à la jurisprudence relative à l'art. 29 al. 3 LPGA, la date déterminante quant à l'observation des délais et aux effets juridiques d'une demande est celle à laquelle la requête a été remise à la poste ou déposée auprès de cet organe (TF 9C_573/2017 du 23 janvier 2018 consid. 5 et réf. cit.).

c) La procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Ce principe n'est toutefois pas absolu et sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les

conséquences de l'absence de preuves (ATF 145 V 90 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.2).

Dans le droit des assurances sociales, l'art. 46 LPGa concrétise le devoir général de tenue des dossiers découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., en tant que cette disposition impose aux assureurs (notamment aux organes d'exécution de l'assurance-chômage), lors de chaque procédure relevant des assurances sociales, d'enregistrer de manière systématique tous les documents qui peuvent être déterminants (ATF 138 V 218 consid. 8.1.2 et réf. cit.).

Lorsque l'art. 46 LPGa n'est pas respecté, le fardeau de la preuve peut être renversé, passant ainsi vers l'assureur, pour autant que la violation de cet article soit la cause pour l'assuré de l'impossibilité de fournir une preuve (ATF 138 V 218 consid. 8.1 ; TF 9C_207/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.2 ; TF 9C_570/2016 du 5 décembre 2016 consid. 5 ; Guy Longchamp, in : Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 18 ad art. 46 LPGa). Tel est notamment le cas pour des questions de respect des délais, lorsqu'une preuve a été adressée sous pli simple à l'autorité et que, en violation des règles de gestion des actes de procédure, l'enveloppe qui contenait la preuve a été égarée, rendant ainsi la production d'une preuve attestant du respect des délais impossible pour l'autre partie (ATF 138 V 218 consid. 8.1.1).

d) En l'occurrence, la demande de prestations a été remplie par le recourant en date du 26 juin 2014 et elle porte un timbre de réception par l'OAI du 1^{er} juillet 2014. Le dossier produit par l'intimé ne permet toutefois pas de savoir quand cette demande a été postée, puisqu'il ne contient pas l'enveloppe qui la contenait. Or, en ne versant pas au dossier l'enveloppe ayant contenu la demande de prestations, l'intimé a violé son obligation de tenir un dossier complet au sens de l'art. 46 LPGa. Il rend ainsi impossible pour le recourant d'apporter la preuve de la date à laquelle il a remis à la poste sa demande de prestations AI. Partant, le fardeau de la preuve quant à cette date doit être

renversé, passant ainsi à l'intimé, de sorte qu'il convient de retenir que l'intéressé a posté sa demande du 26 juin 2014 dès qu'il a pu le faire, soit à fin juin 2014 encore. Compte tenu de ce qui précède, le droit à la rente du recourant devait prendre naissance à l'échéance d'un délai d'attente de six mois à compter de fin juin 2014, soit le 1^{er} décembre 2014 (art. 29 al. 1 et 3 LAI). La décision attaquée doit par conséquent être réformée en ce sens que le droit du recourant à une rente entière d'invalidité s'ouvre le 1^{er} décembre 2014. Il appartiendra à l'intimé, par le biais de la Caisse AVS, de calculer le montant de la rente correspondant au mois de décembre 2014 et de rendre une décision à cet égard.

8. a) Le recourant conteste en outre le montant de la rente d'invalidité qui lui a été octroyé. Il s'agit, pour la période du 1^{er} janvier au 30 novembre 2015, d'un montant mensuel de 53 fr., correspondant à une rente entière. Dans la mesure où le droit aux prestations du recourant à partir du 1^{er} décembre 2015 devra faire l'objet d'une nouvelle décision, il n'apparaît pas nécessaire de se pencher sur le montant accordé pour le mois de décembre 2015, soit en l'état 14 fr., correspondant à un quart de rente, étant toutefois précisé qu'en dehors du degré d'invalidité, les bases de calcul demeurent les mêmes.

b) Selon l'art. 36 al. 1 LAI (introduit dans le cadre de la 5^e révision de l'AI), a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisations. Si la durée minimale de cotisation de trois ans n'est pas remplie au moyen des périodes d'assurance suisses, il faut, pour les citoyens suisses ou les ressortissants d'un Etat de l'UE, tenir compte des périodes de cotisation accomplies au sein d'un Etat de l'UE (art. 6 du Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RS 0.831.109.268.1]; ch. 3005 CIBIL [Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS] sur la procédure pour la fixation des prestations dans l'AVS/AI/PC]).

La rente AI suisse principale continue toutefois d'être calculée de manière autonome, soit sans prise en compte de périodes d'assurance étrangères (ATF 130 V 51, jurisprudence qui reste applicable sous l'angle du Règlement (CE) n° 883/2004 : TF 9C_440/2019 du 2 mars 2020 consid. 3.5 ; ch. 3006 CIBIL).

c) Il n'y a donc pas lieu en l'occurrence, contrairement à ce que soutient le recourant, de tenir compte des années de cotisations qu'il a effectuées au Portugal pour le calcul de sa rente d'invalidité. Celles-ci ont uniquement été prises en considération pour déterminer s'il remplissait les conditions générales d'assurance, ce qui est le cas.

d) Selon l'art. 36 al. 2 LAI, les dispositions de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10) sont applicables par analogie au calcul des rentes ordinaires.

Le calcul de la rente ordinaire est déterminé par les années de cotisations, les revenus provenant d'une activité lucrative ainsi que les bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance entre le 1^{er} janvier qui suit la date où l'ayant droit a eu 20 ans révolus et le 31 décembre qui précède la réalisation du risque assuré (art. 29^{bis} al. 1 LAVS).

aa) Selon l'art. 29^{ter} al. 2 LAVS, sont considérées comme années de cotisations, les périodes pendant lesquelles une personne a payé des cotisations (let. a), pendant lesquelles son conjoint au sens de l'art. 3 al. 3 LAVS a versé au moins le double de la cotisation minimale (let. b), ou pour lesquelles des bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance peuvent être prises en compte (let. c).

Les périodes de cotisations entre le 31 décembre précédant la réalisation du cas d'assurance et la naissance du droit à la rente peuvent être prises en compte pour combler les lacunes de cotisations ; les revenus provenant d'une activité lucrative réalisés durant cette période ne sont toutefois pas pris en considération pour le calcul de la rente (art. 52c

RAVS [règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.101], en relation avec l'art. 29^{bis} al. 2 LAVS). Selon la jurisprudence, l'art. 52c RAVS permet de prendre en compte, dans l'année de la naissance du droit à la rente, les périodes de cotisations accomplies jusqu'à la survenance de l'incapacité permanente de gain d'au moins 40 % ou celles accomplies jusqu'à la fin du délai d'attente d'une année. Le mois pendant lequel le droit à la rente d'invalidité prend naissance est comptabilisé comme un mois entier de cotisations (TFA I 78/00 du 14 juin 2002 consid. 3, in : Pratique VSI 4/2003 p. 288).

bb) Lorsqu'un assuré ne compte pas une durée complète de cotisation, il a le droit à une rente ordinaire partielle et non à une rente ordinaire complète (art. 29 al. 2 let. b LAVS). La rente partielle est une fraction de la rente complète déterminée conformément aux art. 34 à 37 LAVS (art. 38 al. 1 LAVS). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions plus détaillées sur l'échelonnement des rentes (art. 38 al. 3 LAVS). A cet égard, l'OFAS établit des tables de rentes dont l'usage est obligatoire (art. 53 al. 1 RAVS). Afin de déterminer l'échelle de rente applicable en cas de versement d'une rente partielle, l'art. 52 RAVS (en lien avec l'art. 38 al. 2 LAVS) prévoit d'effectuer un rapport en pourcent entre les années entières de cotisations de l'assuré et celles de sa classe d'âge.

cc) La rente est également calculée sur la base du revenu annuel moyen, lequel se compose notamment des revenus de l'activité lucrative (art. 29^{quater} let. a LAVS). Si le risque assuré survient avant qu'une personne ait été soumise à l'obligation de cotiser durant une année entière entre le 1^{er} janvier qui suit l'accomplissement de la 20^e année et le 31 décembre précédant la réalisation du risque assuré, la somme des revenus à prendre en compte est constituée par l'ensemble des revenus d'une activité lucrative sur lesquels l'assuré a payé des cotisations à partir du 1^{er} janvier suivant l'année de l'accomplissement de sa 17^e année et jusqu'au mois de la survenance de l'événement assuré (art. 52a RAVS, ch. 5234 DR [Directives de l'OFAS concernant les rentes de l'assurance vieillesse, survivants et invalidité fédérale]).

La somme des revenus de l'activité lucrative doit ensuite être revalorisée en fonction de l'indice des rentes prévu à l'art. 33^{ter} LAVS (art. 30 al. 1 LAVS). L'Office fédéral des assurances sociales fixe chaque année les facteurs de revalorisation de la somme des revenus provenant de l'activité lucrative (art. 30 al. 1 LAVS et art. 51^{bis} al. 1 RAVS).

Le revenu doit ensuite être divisé par le nombre d'années de cotisations (art. 30 al. 2 LAVS).

e) En l'occurrence, le recourant est arrivé en Suisse en août 2013 et son compte individuel à l'AVS démontre le paiement de cotisations durant cinq mois, du 1^{er} août au 31 décembre 2013, avant l'année de réalisation du risque assuré. Dans la mesure où il présente des lacunes de cotisations, la Caisse AVS a également tenu compte des périodes de cotisations accomplies durant l'année d'ouverture du droit à la rente par son épouse, puisque celle-ci avait versé au moins le double de la cotisation minimale. La naissance de la rente d'invalidité pouvant intervenir en décembre 2014, c'est ainsi douze mois de cotisations pour l'année 2014 qui ont été ajoutés aux cinq mois de l'année 2013. C'est donc à juste titre que la Caisse AVS a retenu que le recourant pouvait se prévaloir d'une année et cinq mois de cotisations.

La durée de cotisation normale d'un assuré du même âge que le recourant, né en 1964, au moment de la survenance du cas d'assurance, en 2014, est de 29 ans. Le rapport entre la durée effective de cotisation du recourant en années entières, soit une année, et la durée de cotisation normale d'un assuré du même âge que lui est donc de 3,45 %, ce qui correspond à l'échelle 2 selon le tableau de l'art. 52 al. 1 RAVS. Selon ce même tableau, une échelle 2 lui donne droit à une rente partielle correspondant au 4,55 % de la rente complète.

Contrairement à ce qu'invoque le recourant, le revenu annuel moyen ne doit pas être calculé sur un salaire qu'il aurait théoriquement perçu selon la CCT applicable aux maçons, mais correspond aux revenus qu'il a effectivement perçus (art. 29^{quater} let. a LAVS), en l'occurrence

jusqu'au mois de la survenance de l'événement assuré (art. 52a RAVS). L'extrait de son compte individuel indique qu'il a touché des revenus à hauteur de 18'347 fr. durant la période d'août 2013 à décembre 2014. Au vu de la date d'entrée du recourant dans l'assurance, le facteur de revalorisation lors de la survenance d'un cas d'assurance en 2014 est de 1,000 (cf. « Facteurs de revalorisation 2014 » édictés par l'OFAS), de sorte que le montant revalorisé demeure à 18'347 francs. Divisé par le nombre d'années de cotisations (une année et cinq mois), on obtient un revenu annuel moyen de 12'951 francs.

Selon l'échelle 44 des rentes complètes mensuelles pour l'année 2015, pour un revenu annuel moyen égal ou inférieur à 14'100 fr., la rente complète se monte à 1'175 francs. L'échelle 2 correspondant au 4,55 % de ce montant, la rente mensuelle à laquelle le recourant a droit à partir du 1^{er} janvier 2015 est effectivement de 53 fr. pour une rente entière, comme l'a calculé la caisse. C'est dès lors à juste titre que l'OAI a reconnu au recourant le droit à une rente entière d'invalidité d'un montant de 53 fr. du 1^{er} janvier 2015 au 30 novembre 2015.

9. a) Le recours est par conséquent partiellement admis.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis par 200 fr. à la charge de l'office intimé et par 200 fr. à la charge du recourant qui n'obtient que partiellement gain de cause.

c) Par ailleurs, assisté d'une mandataire qualifiée, le recourant a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 1'500 fr., débours et TVA compris (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]), et de mettre à la charge de l'intimé.

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

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision rendue le 16 avril 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis par 200 fr. (deux cents francs) à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud et par 200 fr. (deux cents francs) à la charge du recourant.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à W._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Valérie Maurer (pour W._____),
- 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 :