

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} octobre 2021

Composition : M^{me} DESSAUX, présidente
M. Küng et M^{me} Gabellon, assesseurs
Greffière : M^{me} Chaboudez

Cause pendante entre :

O. _____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI ; 17 LPG

E n f a i t :

A. O._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1981, travaillait à plein temps comme ferrailleur pour le compte de la société [...] SA, pour un salaire horaire de 29 fr. en 2014, 13^e salaire et vacances en sus. Le 2 octobre 2014, il a été victime d'un accident sur un chantier.

Le jour même, l'assuré a été admis à l'Hôpital de [...], où il a passé un scanner « total body » qui a révélé une fracture-tassement du plateau supérieur de la vertèbre D12 avec trait de fracture s'étendant dans les massifs articulaires et la lame du côté droit, ainsi que l'absence de lésion traumatique crânio-cérébro-thoraco-abdominale. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la colonne dorsale réalisée le 3 octobre 2014 a mis en évidence une fracture de Chance de la vertèbre D12.

La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge les suites de cet accident.

Le 7 octobre 2014, l'assuré a été opéré par le Dr P._____, spécialiste en neurochirurgie, qui a procédé à une fixation percutanée D11-L1-L2 pour une fracture de type Chance osseuse de D12. A la suite de l'intervention, l'intéressé n'a pas présenté de complication particulière et le matériel d'ostéosynthèse était bien positionné. L'assuré était totalement incapable de travailler pour une durée indéterminée (rapport du Dr P._____ du 17 octobre 2014).

Dans un rapport du 24 février 2015 adressé au Dr G._____, médecin praticien, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, le Dr F._____, médecin praticien, a posé les diagnostics de dorso-lombalgies chroniques dans le cadre d'un status après fixateur interne D11-L2, d'important déconditionnement physique et de kinésiophobie probable. Dans les antécédents de l'assuré, le praticien a signalé une amygdalectomie en 2004 et une chimiothérapie pour un problème oncologique de 2004 à 2006.

L'assuré a adressé le 3 mars 2015 une demande de prestations à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), au motif qu'il présentait une fracture de D12, un status post fixation percutanée D11-D2 [recte : L2] et un status post lymphome à cellules grandes stade IV. Cette demande a été réceptionnée par l'OAI le 5 mars 2015.

Dans un rapport du 31 mars 2015 à l'OAI, le Dr G._____ a précisé que le lymphome de stade IV était en rémission depuis 2006. L'incapacité de travail comme ferrailleur était totale en raison de la fracture dorsale.

Le 15 avril 2015, le Dr V._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement à la CNA, a examiné l'assuré. Il a constaté qu'il y avait une importante discordance entre le handicap affiché et les constatations objectives de l'examen radio-clinique. Il a recommandé la mise en place dans les meilleurs délais d'une rééducation stationnaire encadrée à la S._____ (ci-après : S._____), proposition à laquelle l'intéressé a adhéré.

Dans un rapport du 29 avril 2015, le Dr P._____ a indiqué que le traitement était terminé sur le plan neurochirurgical. La reprise du travail de ferrailleur apparaissait impossible, mais il n'y avait aucune contre-indication à la reprise d'un travail par le biais d'un reclassement.

L'assuré a séjourné à la S._____ du 19 mai au 23 juin 2015, date de son retour à domicile. Dans une lettre de sortie du 20 juillet 2015, les Drs K._____, médecin praticien et spécialiste en médecine physique et réadaptation, et X._____, médecin-assistante, ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour des dorso-lombalgies chroniques ainsi que les diagnostics supplémentaires de discrète tendinopathie du supra-épineux à l'épaule gauche et de trouble de l'adaptation, avec réaction mixte, anxieuse et dépressive. L'assuré présentait des antécédents de lymphome malin en rémission, traité par

chimio- et radiothérapie jusqu'en 2010, d'appendicectomie et d'amygdalectomie. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Selon les médecins, le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable, en raison des facteurs médicaux et contextuels, tout comme dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, en raison des facteurs contextuels (kinésiophobie, tendance au catastrophisme, sous-estimation de ses capacités fonctionnelles chez un patient peinant à intégrer les messages de réassurance), de l'absence de qualification professionnelle et de la mauvaise maîtrise de la langue française. Sur le plan psychiatrique, il présentait un fond anxieux, lié principalement à la sensation douloureuse, avec une kinésiophobie importante ainsi qu'un abaissement de l'humeur. Quelques éléments du registre post-traumatique, tels que des cauchemars, étaient présents. Un traitement de Cymbalta 60 mg avait été introduit durant le séjour, ainsi qu'un suivi psychothérapeutique pour travailler les croyances.

Dans un rapport du 28 juillet 2015, le Dr K. _____ a noté que l'incapacité de travail dans l'activité de ferrailleur était définitive, car l'assuré garderait des limitations pour le port de charges lourdes et les activités nécessitant le maintien du tronc en porte-à-faux. Une stabilisation était toutefois attendue d'ici à la fin de l'année.

Le 16 décembre 2015, le Dr V. _____ a procédé à un examen médical de l'assuré, qui lui a signalé des douleurs dans toute la colonne vertébrale, de la nuque au bas du dos, ainsi qu'au niveau des épaules, surtout à droite. Le Dr V. _____ a constaté que la jonction dorsolombaire était effacée et qu'il n'y avait pas d'autres troubles statiques importants. Les épaules étaient sensibles à la mobilisation et une tendinopathie de la coiffe était possible ; cependant les signes du conflit n'étaient pas clairement positifs et tous les tendons de la coiffe étaient fonctionnels, à gauche comme à droite.

Après avoir relevé de petites améliorations fonctionnelles (cf. rapport du 12 janvier 2016), le Dr F. _____ a indiqué, dans un rapport du

15 mars 2016, que la situation était stabilisée. Il n'y avait pas de progrès sur le plan fonctionnel, ni de changement sur le plan somatique, de sorte qu'il ne voyait plus l'utilité de poursuivre le traitement.

Le Dr V._____ a réalisé un examen médical de l'état de santé de l'assuré le 24 mai 2016 au cours duquel il a constaté, notamment sur la base des radiographies de la colonne totale réalisées le 29 avril 2016, un status après fixation D11 à L2 sans troubles statiques importants, avec une bonne récupération à la hauteur de D12, un bon alignement des corps vertébraux et un montage stable.

Le 25 janvier 2018, le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à l'opération d'ablation des vis d'ostéosynthèse post spondylodèse D11-L2 (cf. protocole opératoire du 6 février 2018).

A l'occasion de la consultation du 4 avril 2018, le Dr Z._____ a constaté que l'assuré présentait toujours les mêmes douleurs. L'opération n'avait donc pas apporté de bénéfice et l'évolution n'avait pas été favorable. Les contrôles radiologique et clinique réalisés le jour même étaient rassurants. Le médecin n'avait aucune solution pour soulager les symptômes. Il a remis à l'assuré une ordonnance pour des séances de physiothérapie en vue d'une rééducation proprioceptive (cf. rapport du 18 mai 2018).

La Dre C._____, médecin praticienne et médecin d'arrondissement de la CNA, a réalisé l'examen final de la situation médicale de l'assuré, le 30 août 2018. Dans un rapport du 3 septembre 2018, elle a indiqué que, sur le plan médical, la situation était stabilisée ; contrairement à ce qui était attendu, l'intervention du 25 janvier 2018 n'avait pas permis de diminuer, voire de faire disparaître les douleurs résiduelles. L'intéressé n'avait plus de douleurs au repos mais celles-ci apparaissaient lors des changements de temps et pouvaient atteindre une intensité de 7-8/10. L'assuré ne ressentait toutefois plus d'inconfort lorsqu'il était assis ou appuyé contre le dossier d'une chaise. A titre de

limitations fonctionnelles, la Dre C._____ a retenu l'interdiction de port de charges répété et prolongé de plus de 10 kg et de manière mono-manuelle, l'interdiction de position statique prolongée debout ou assise, l'alternance de la position assise et debout, l'interdiction d'activité nécessitant une antéflexion du tronc et des positions en porte-à-faux. L'activité de ferrailleur n'était plus exigible, comme toute autre activité de chantier. La capacité de travail était en revanche entière et sans diminution de rendement dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles.

Le 25 septembre 2018, l'OAI a adressé à l'assuré un projet d'acceptation de rente limitée dans le temps, pour la période du 1^{er} octobre 2015 au 30 novembre 2018. Il a estimé que l'assuré conservait une capacité de travail de 100 % dans toute activité professionnelle adaptée (pas de port de charges répété et prolongé de plus de 10 kg et de manière mono-manuelle ; pas de position statique prolongée ou assise, mais alternance de la position assise et debout ; pas d'activité nécessitant une antéflexion du tronc et des positions en porte-à-faux) et ce depuis au moins le 30 août 2018, date de l'examen final par le médecin d'arrondissement de la CNA. Il pouvait ainsi réaliser un revenu de 67'957 fr. 58, calculé sur la base des données salariales statistiques, alors que son revenu sans invalidité aurait été de 71'294 fr., si bien que son degré d'invalidité n'était que de 4,68 % et ne donnait pas droit à une rente d'invalidité.

L'assuré a présenté ses objections par l'intermédiaire de son mandataire le 31 octobre 2018.

Dans le cadre de la procédure d'audition, l'assuré a fait parvenir à l'OAI plusieurs pièces médicales. Il a notamment transmis un rapport établi le 21 décembre 2018 par le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec perturbation des émotions et des conduites. L'évolution était très lente et la médication consistait en du Cymbalta 60 mg et Zoldorm 10 mg par jour. La continuité de la médication et de la

psychothérapie était nécessaire. Selon les certificats médicaux établis par le Dr M._____, l'incapacité de travail de l'assuré était totale.

Le 27 février 2019, l'assuré a également produit un rapport du 24 février 2019 du Dr G._____, qui mentionnait que les douleurs étaient toujours présentes malgré les multiples traitements entrepris. Lors de douleurs intenses, l'assuré était plus fragile du point de vue psychologique et pouvait être triste, avoir des insomnies, pleurer ou se montrer agressif.

Par décision du 30 janvier 2019, confirmée sur opposition le 7 juin 2019, la CNA a accordé à l'assuré une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 15 % dès le 1^{er} octobre 2018 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %. Les recours interjetés successivement auprès de la Cour de céans puis du Tribunal fédéral ont été rejetés respectivement par arrêt du 20 avril 2020 (cause AA 94/19 - 45/2020), puis par arrêt du 5 mars 2021 (TF 8C_353/2020).

Le Dr M._____ a rédigé un rapport le 3 octobre 2019 à l'intention de l'OAI. Il y a indiqué suivre l'assuré depuis octobre 2018, actuellement à raison d'une fois par mois. Le traitement par Cymbalta avait été interrompu en juin 2019. Le psychiatre traitant a retenu le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) présent depuis octobre 2018. Une amélioration sur le plan psychique pouvait être éventuellement attendue avec le suivi psychothérapeutique et médicamenteux, ainsi qu'en fonction de l'évolution des lombalgies. La reprise d'une activité professionnelle à au moins 50 % était envisageable dans un travail adapté, mais l'assuré ne pouvait pas assumer une activité professionnelle à 100 %.

Dans un avis médical du 21 octobre 2019, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a conclu ceci :

« En synthèse, en l'absence d'un examen clinique détaillé avec des éléments cliniques psychiatriques objectifs pertinents et suffisants pour justifier une IT [incapacité de travail] de longue durée, en l'absence d'un séjour en milieu psychiatrique malgré la gravité des symptômes (idées suicidaires persistantes), des symptômes psychiques d'une telle intensité et durée (critères CIM-10) pour

justifier une incapacité de travail durable, nous admettons que les deux diagnostics, trouble de l'adaptation et trouble anxieux dépressif mixte, peuvent être responsables de périodes d'incapacité de travail transitoires (limitées dans le temps); nous ne retenons pas, selon les documents actuels à disposition, d'atteinte psychiatrique et/ou somatique justifiant une incapacité de travail durable depuis 2015. »

L'assuré a déposé de nouvelles déterminations par courrier de son mandataire du 2 décembre 2019, requérant notamment la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

L'OAI a répondu aux arguments de l'assuré par lettre du 20 janvier 2020, estimant que le rapport d'examen final du médecin d'arrondissement de la CNA avait pleine valeur probante et se référant à l'avis du SMR pour ce qui concernait les troubles psychiques.

Par décision du 5 mars 2020, l'OAI, par l'intermédiaire de la Caisse AVS, a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} octobre 2015 au 30 novembre 2018, avec une motivation similaire au projet de décision du 25 septembre 2018.

B. Par acte de son mandataire du 5 mai 2020, O._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son « annulation » et à ce qu'il soit constaté qu'il a droit à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 30 novembre 2018, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a fait valoir que ses douleurs au dos étaient toujours présentes, qu'elles le limitaient dans toutes activités et qu'une évaluation pluridisciplinaire était nécessaire, estimant celle de la S._____ trop ancienne. Il a invoqué qu'il était fragile psychologiquement, également en raison du cancer dont il avait souffert quelques années avant son accident. Il ne voyait pas quel profil d'activité serait compatible avec son état de santé et estimait qu'un abattement devait être fait en raison de la perte de rendement.

Dans sa réponse du 13 juillet 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a précisé que des exemples d'activités adaptées aux limitations fonctionnelles étaient cités dans le document de calcul du salaire exigible.

Le 24 juillet 2020, le recourant a indiqué qu'il n'avait pas de remarques particulières à formuler.

En l'absence d'objections de la part des parties (courriers des 26 et 31 août 2020), la juge instructrice a, par ordonnance du 3 septembre 2020, suspendu la cause jusqu'à droit connu sur le sort du recours pendant devant le Tribunal fédéral dans la cause AA 94/19 opposant l'assuré à la CNA. Les parties ont été informées de la reprise de cause par avis du 26 mars 2021, à la suite de l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 5 mars 2021.

Le 1^{er} avril 2021, le recourant a fait savoir qu'il avait eu l'occasion d'effectuer un essai à temps partiel dans une entreprise et souhaitait pouvoir obtenir des mesures de réadaptation, envisageant une transaction et un éventuel retrait de son recours.

L'OAI a répondu le 21 avril 2021 qu'aucune mesure professionnelle n'était octroyée lorsque le degré d'invalidité était inférieur à 20 %. Le recourant pouvait en revanche demander l'aide au placement qui lui avait été proposée.

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 (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]), en temps utile compte tenu de la prolongation extraordinaire des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA et ordonnance du 20 mars 2020 sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus [COVID-19] ; RO 2020 849), 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 30 novembre 2018.

3. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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).

b) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour

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

c) 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).

d) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées).

Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

4. a) En l'occurrence, l'OAI reconnaît que le recourant s'est retrouvé en totale incapacité de travailler à la suite de son accident, le 2 octobre 2014. Se basant sur le rapport d'examen final du médecin d'arrondissement de la CNA et sur les rapports psychiatriques au dossier, l'OAI considère cependant que le recourant a retrouvé une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, à tout le moins depuis le 30 août 2018, ce que le recourant conteste.

b) Sur le plan somatique, le recourant a souffert d'une fracture de Chance de la vertèbre D12, pour laquelle une fixation percutanée D11-L1-L2 a été réalisée le 7 octobre 2014. Il a bénéficié d'un séjour de rééducation à la S. _____ au printemps 2015, qui a permis une légère amélioration de la situation. Après avoir sollicité différents avis médicaux, le recourant a décidé de faire enlever le matériel d'ostéosynthèse, opération qui a eu lieu le 25 janvier 2018, sans toutefois améliorer les douleurs. La Dre C. _____ a procédé à l'examen final du recourant le 30 août 2018 pour le compte de la CNA. Elle a conclu que sa situation médicale était stabilisée, que son activité de ferrailleur n'était plus exigible, mais qu'il disposait d'une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, à savoir l'interdiction de port répété et prolongé de charges de plus de 10 kg et de manière mono-manuelle, l'interdiction de position statique prolongée debout ou assise, l'alternance de la position assise et debout, l'interdiction d'activité nécessitant une antéflexion du tronc et des positions en porte-à-faux. La Cour de céans, de même que le Tribunal fédéral, ont reconnu une pleine valeur probante à l'appréciation de la Dre C. _____ et jugé que les rapports médicaux des Drs Z. _____

et G._____ (notamment celui du 24 février 2019) n'étaient pas à même de remettre en cause ses conclusions (consid. 7 et 8 de l'arrêt du 20 avril 2020 en la cause AA 94/19-45/2020 ; TF 8C_353/2020 du 5 mars 2021 consid. 5 et 6). Il convient de renvoyer à ces arrêts, étant précisé qu'il n'y a eu aucune consultation spécialisée auprès d'un neuro-chirurgien ou d'un orthopédiste depuis l'examen final du 30 août 2018, de telle sorte que l'on peut en déduire l'absence de modification depuis lors.

Au cours du séjour à la S._____, les médecins ont constaté une discrète tendinopathie du supra-épineux de l'épaule gauche à l'arthro-IRM du 2 juin 2015. Le Dr V._____ évoque également une tendinopathie de la coiffe dans son rapport du 17 décembre 2015. Il constate toutefois que les épaules sont souples, que les signes du conflit ne sont pas clairement positifs et que tous les tendons de la coiffe des rotateurs sont fonctionnels, à gauche comme à droite. Le recourant ne s'est d'ailleurs plus plaint de ses épaules au cours des examens suivants à la CNA, ni auprès de son médecin traitant, qui n'en fait nullement mention dans ses rapports médicaux. On ne saurait dès lors conclure à l'existence d'une incapacité de travail ou de limitations fonctionnelles durables dans ce contexte.

Il ressort de plusieurs pièces médicales que le recourant a souffert d'un lymphome malin en 2005, pour lequel il a dû avoir recours à des séances de radio- et chimiothérapie. Cette atteinte est toutefois en rémission depuis plusieurs années (rapport du Dr G._____ du 31 mars 2015) et le recourant n'était pas limité dans son activité professionnelle à la suite de cette affection (rapport d'examen du Dr V._____ du 15 avril 2015 p. 2).

c) Au niveau psychique, les médecins de la S._____ ont posé le diagnostic de troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22). Un traitement par Cymbalta 60 mg a été introduit au cours de son séjour et il a bénéficié d'un suivi psychologique avec des entretiens axés sur la douleur, ses conséquences dans sa vie et les croyances qui s'y rattachent. Sur le plan thymique, il présentait une

humeur variable et abaissée, avec de vagues idées noires sans idéation suicidaire. Il rapportait une perte d'appétit depuis l'accident, avec une perte de poids de 7-8 kg. Son sommeil était perturbé avec des difficultés d'endormissement et des ruminations anxieuses, et parfois des cauchemars.

Dans son rapport du 21 décembre 2018, le Dr M._____ pose le diagnostic de trouble de l'adaptation, avec perturbation des émotions et des conduites. En plus du traitement antidépresseur, un somnifère a été introduit. Comme le relève le SMR dans son avis du 21 octobre 2019 sur la base de la CIM-10, un trouble de l'adaptation débute habituellement dans le mois qui suit la survenue d'un événement stressant ou d'un changement particulièrement marquant dans la vie du sujet et ne persiste guère au-delà de six mois, sauf s'il s'agit d'une réaction dépressive prolongée, ce qui nécessite la pose d'un nouveau diagnostic. Or il faut constater que le Dr M._____ confirme le diagnostic de trouble de l'adaptation en décembre 2018, soit plus de quatre ans après l'accident d'octobre 2014, et sans faire mention d'un nouvel élément de vie stressant ou marquant chez le recourant, ce qui n'apparaît dès lors pas cohérent. Dans son rapport du 3 octobre 2019, le psychiatre traitant modifie le diagnostic et retient désormais un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), présent depuis octobre 2018. Cela étant, il note malgré tout, sous « constats médicaux », que le patient présente bien un trouble de l'adaptation avec perturbation des émotions et des conduites. Une telle contradiction affaiblit d'emblée la valeur probante de son rapport médical.

Selon la CIM-10, la catégorie du trouble anxieux et dépressif mixte doit être utilisée quand le sujet présente à la fois des symptômes anxieux et des symptômes dépressifs, sans prédominance nette des uns ou des autres et sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé. Il ressort de la jurisprudence que les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis mais aussi si, et comment, les limitations concrètes dans les fonctions de la vie quotidienne, qui sont

présupposées dans la classification, doivent être prises en compte lors de l'évaluation de la capacité de travail (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; TF 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.1). On ne saurait notamment déduire d'un trouble anxieux et dépressif mixte un degré de gravité important limitant par principe l'exercice de toute activité adaptée (TF 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.2).

En l'occurrence, le Dr M._____ observe que le recourant est calme et collaborant, que son humeur est dans un versus déprimé avec des pleurs et la présence d'idées suicidaires non scénarisées. Le recourant relate une anxiété généralisée, une baisse de l'élan vital, une anhédonie et une perturbation des émotions et des conduites, avec une importante irritabilité. Il se plaint également d'un sentiment de désespoir et d'insécurité avec une altération significative du fonctionnement social et professionnel. Il décrit des troubles du sommeil avec ruminations et un réveil brutal. Il faut cependant constater que la plupart des symptômes précités ont été annoncés par le recourant, sans que le psychiatre précise les avoir observés par lui-même.

Le Dr M._____ envisage la reprise d'une activité professionnelle à 50 % au moins dans un travail adapté. Il estime toutefois que le recourant ne peut pas assumer une activité professionnelle à 100 %. Force est de constater que les limitations fonctionnelles qu'il retient ont principalement trait à la sphère somatique. Le psychiatre traitant mentionne ainsi les lombalgies et cervicalgies comme facteurs faisant obstacle à une réadaptation, en plus d'une irritabilité, d'une perte de patience et de la dépression. De même, dans les annexes à son rapport, plusieurs des limitations retenues sont dues, ou en tout cas en lien avec la problématique physique. Or, il s'agit de déterminer le caractère invalidant de l'atteinte psychique du recourant, tandis que les répercussions liées à la symptomatologie somatique ont déjà fait l'objet d'un examen détaillé par des spécialistes en la matière. Comme limitations psychiques, le Dr M._____ évoque notamment de la nervosité, qui entraîne chez le recourant des difficultés relationnelles et l'empêche d'effectuer des tâches complexes, impliquant du stress ou une

adaptation permanente. Le recourant présente des insomnies sévères, des maux de tête et subit très souvent des phases de décompensation. Le Dr M._____ relève également une hypersensibilité au stress, qu'il met en relation avec une incertitude de l'avenir, ainsi qu'une « dépression de ne pas pouvoir travailler et subvenir à payer ses factures et autres charges ».

Il ressort de ce qui précède que les symptômes psychiques présentés par le recourant sont de faible intensité. Même s'il présente des traits anxieux et dépressifs, rien ne permet de conclure que ceux-ci impactent sa capacité de travail. A cet égard, il faut relever que le suivi psychiatrique n'a lieu qu'à raison d'une fois par mois et que le traitement par Cymbalta a été interrompu en juin 2019, sans qu'il y ait eu de répercussion significative sur l'état psychique du recourant puisque son psychiatre traitant mentionne la présence de la même symptomatologie depuis la première consultation en octobre 2018. Il apparaît en outre que l'état dépressif du recourant est notamment lié à son insécurité financière et au fait de ne pas pouvoir travailler. Sous cet angle, la reprise d'une activité professionnelle paraît particulièrement appropriée. Le Dr M._____ envisage d'ailleurs une telle reprise, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques. Il n'y a pas lieu, sur la base de ce qui précède, de conclure que l'atteinte psychique du recourant aurait un caractère invalidant.

d) L'OAI était dès lors fondé à retenir que le recourant avait retrouvé une capacité de travail de 100 % dans une activité professionnelle adaptée (pas de port répété et prolongé de charges de plus de 10 kg et de manière mono-manuelle ; pas de position statique prolongée ou assise, mais alternance de la position assise et debout ; pas d'activité nécessitant une antéflexion du tronc et des positions en porte-à-faux) depuis au moins le 30 août 2018.

5. a) Le recourant doute qu'il existe des activités compatibles avec son état de santé. Comme mentionné dans le document de calcul du salaire exigible auquel se réfère l'OAI dans sa réponse au recours, on peut citer en exemple les activités de chauffeur livreur de colis légers, d'ouvrier

de montage/assemblage à l'établi, d'ouvrier de conditionnement à l'établi ou d'opérateur de perçage, taraudage sur des appareils pré-réglés. En dehors de ces quelques exemples, vu le large éventail d'activités simples et légères que recouvre le marché du travail, il y a lieu d'admettre qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont adaptées aux problèmes physiques et aux compétences du recourant (TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.3).

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

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

c) En l'occurrence, l'OAI indique s'être basé sur le salaire ressortant de l'ESS 2016, niveau de compétence 1, qu'il a indexé à 2018. Il faut cependant constater que tant le salaire que les pourcentages d'indexation sur lesquels l'OAI se fonde sont erronés. Selon l'ESS 2016, le salaire auquel pouvaient prétendre les hommes dans des activités simples du domaine de la production et des services en 2016 était de 5'340 fr. pour une semaine de 40 heures, et l'évolution des salaires nominaux entre 2016 et 2018 était respectivement de +0,4 % et +0,5 %. La semaine de travail moyenne en 2018 étant de 41,7 heures, on obtient ainsi un revenu d'invalidité de 67'405 fr. 97.

L'OAI considère qu'il n'y a pas lieu de procéder à un abattement au motif que les limitations fonctionnelles sont peu importantes et facilement respectées dans les activités adaptées citées, sans porter préjudice à l'employabilité de l'assuré, ni à son potentiel de gain (cf. feuille de calcul du salaire exigible). Comparé au revenu sans invalidité de 71'294 fr. retenu par l'OAI - lequel n'est pas contesté et peut en effet être confirmé - on obtient un degré d'invalidité de 5,45 %. Cela étant, même en appliquant un taux d'abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles comme l'a fait la CNA dans son calcul, le degré d'invalidité du recourant ne lui donnerait pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 30 novembre 2018. En effet, son revenu d'invalidité serait alors de 60'665 fr. 37 et le degré d'invalidité de 14,91 %, arrondi à 15 %.

De même, l'utilisation de l'ESS 2018, dont les données sont actuellement disponibles, ne modifierait pas l'issue du litige, puisque le degré d'invalidité du recourant serait respectivement de 4,95 % ou de 14,45 % selon qu'on applique ou non un abattement de 10 % en raison de ses limitations fonctionnelles.

Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'OAI a mis fin à la rente entière d'invalidité du recourant au 30 novembre 2018, à savoir trois mois après la récupération d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée (art. 88a al. 1 RAI).

6. a) Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

b) Au vu du degré d'invalidité du recourant, c'est à juste titre que l'OAI ne lui a pas proposé de reclassement dans une autre profession.

7. Il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il apparaisse nécessaire de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

8. a) Le recours doit par conséquent être rejeté.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 5 mars 2020 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 d'O._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour le recourant),
- 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 :