

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 janvier 2022

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Dessaux et Durussel, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

**Art. 6 s., 16, 17 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI ; 88a al.1
RAI**

E n f a i t :

A. A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], d'origine kosovare, a suivi sa scolarité obligatoire en ex-Yougoslavie, puis y a suivi une formation de barman. Il est arrivé en Suisse en [...]. Il y a travaillé comme ouvrier viticole, puis dans une imprimerie, en [...]. Dès le 1^{er} octobre 1990, il a travaillé comme auxiliaire sur machines à plein temps pour l'entreprise P. _____ SA, à [...].

Selon la déclaration de sinistre LAA complétée le 24 février 2012 par son employeur, l'assuré a été victime, le 27 janvier 2012 à 10h30, sur son lieu de travail, de l'événement décrit comme il suit : « Perché sur une échelle, il était en train de peindre des DIN. Suite à un mouvement, l'échelle a glissé et il est tombé sur un barreau ». La partie du corps atteinte était la cheville droite (fracture), l'assuré ayant immédiatement interrompu son travail. Au terme d'un séjour du 27 janvier au 22 février 2012, les médecins du service d'orthopédie de l'Hôpital [...] ([...]), à [...], ont posé le diagnostic de fracture du pilon tibial gauche, opéré par réduction sanglante et ostéosynthèse par abord antéro-interne avec reconstruction de l'articulation tibio-astragalienne le 1^{er} février 2012. Ces mêmes médecins ont attesté, le 26 mars 2012, une rééducation à la marche satisfaisante avec une autonomie recouvrée dans les deux premières semaines post ostéosynthèse. Les suites du traitement consistaient principalement en un reconditionnement de l'assuré à la marche (par le suivi de physiothérapie).

Par décision du 28 février 2012, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a informé l'assuré de l'allocation de ses prestations (prise en charge des frais de traitement et versement des indemnités journalières) pour les suites de l'accident professionnel du 27 janvier 2012.

Du 4 juillet au 21 août 2012, l'assuré a séjourné à la Clinique Romande de Réadaptation (CRR) de la CNA, à Sion. Dans leur rapport du 20 septembre 2012, les Drs L. _____ et N. _____, tous deux spécialistes

en médecine physique et réadaptation, ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour CRPS (*Complex Regional Pain Syndrome*) type II de la cheville et du pied gauches, et les diagnostics secondaires de chute d'une échelle avec fracture du pilon tibial gauche traitée par réduction sanglante et ostéosynthèse par abord antéro-interne, avec trouble de cicatrisation, de neuropathie du nerf tibial gauche par atteinte axonale sensitivomotrice modérée probablement rétro-malléolaire interne, d'état de stress post traumatique, d'obésité grade I et de coxarthrose bilatérale débutante. La lecture d'une scintigraphie osseuse en trois phases était également évocatrice, aux dires des spécialistes, d'une algoneurodystrophie du pied gauche, de stade I. Au terme de leurs examens, les Drs L._____ et N._____ attestaient une incapacité de travail de l'assuré à 100 % dès le 4 juillet 2012, soit la date du début de son hospitalisation à la CRR.

Le 22 novembre 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office AI ou l'intimé). Cette demande était en lien avec la fracture du pilon tibial gauche et la neuropathie du nerf tibial gauche consécutives à l'accident du 27 janvier 2012.

Il ressort d'un protocole opératoire du 5 mars 2013 que le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du service d'orthopédie et traumatologie du Département de l'appareil locomoteur (DAL) au CHUV, a procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) du tibia gauche de l'assuré, le 21 février 2013.

Le 19 juin 2013, l'employeur a résilié les rapports de travail le liant à l'assuré, avec effet au 30 septembre 2013. Ce congédiement était motivé par l'absence de poste de travail adapté à l'état de santé de l'assuré au sein de l'entreprise P._____ SA.

Dans leur rapport du 19 septembre 2013, consécutif à un nouveau séjour de l'assuré à la CRR du 30 juillet au 27 août 2013, les Drs

L._____ et E._____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics suivants :

“DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs chroniques et limitation fonctionnelle de la cheville gauche.

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- Arthrose tibio-talienne gauche post traumatique
- CRPS de type II de la cheville et du pied gauches au décours
- 07.01.2012 : chute d'une échelle avec :
 - fracture du pilon tibial gauche traitée par réduction sanglante et ostéosynthèse par abord antéro-interne
 - trouble de cicatrisation
- Neuropathie du nerf tibial distal gauche par atteinte axonale sensitivomotrice modérée, probablement rétro-malléolaire interne
- Trouble anxieux et dépressif mixte
- Obésité (BMI = 34 kg / m²)
- Hypertension artérielle traitée
- Coxarthrose bilatérale débutante
- Omalgies bilatérales prédominant à gauche
- Antécédent de cure de varices de la jambe gauche en 1993”

Sous la rubrique intitulée « Appréciation et discussion » de leur rapport, les Drs L._____ et E._____ considéraient au terme du séjour que la situation était stabilisée du point de vue des aptitudes fonctionnelles. Ces spécialistes ont retenu les limitations fonctionnelles définitives suivantes : station debout prolongée, marche prolongée, marche en terrain irrégulier, monter et descendre des escaliers de manière répétitive. Ces médecins qualifiaient le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de machiniste auxiliaire de défavorable compte tenu des facteurs médicaux et de facteurs contextuels (sentiment d'avoir été mal pris en charge initialement, tendance à la catastrophisation, besoin de reconnaissance, perception élevée du handicap fonctionnel, absence de formation certifiée, retrait prolongé du monde du travail et licenciement récent). Quant au pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, il était également défavorable en raison des facteurs contextuels mentionnés. Les spécialistes attestaient dès lors une incapacité de travail de l'assuré à 100 % durant l'entier de sa seconde hospitalisation à la CRR.

Lors du second séjour de l'assuré à la CRR, la Dre H._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) chez l'assuré. Sur le plan psychiatrique, cette praticienne a estimé que la symptomatologie anxieuse initiale de type post-traumatique s'était amendée, pour être remplacée par des symptômes anxiodépressifs légers, mais surtout par l'évolution vers une attitude revendicatrice peu propice à l'engagement dans un processus de réadaptation, mais sans répercussion sur la capacité de travail (rapport du 9 août 2013 intitulé « Service de psychosomatique Consilium psychiatrique du 8 août 2013 »).

L'assuré a notamment été évalué en ateliers professionnels à la CRR, du 6 au 22 août 2013, et s'est soumis à une évaluation de ses limitations fonctionnelles, le 20 août 2013. Dans un rapport du même jour, C._____, physiothérapeute diplômé, a constaté de nombreuses autolimitations de la part de l'assuré, avec un niveau de performances généralement considéré comme minimal que partiellement atteint au cours des tests effectués. Lors de l'évaluation, cet intervenant a notamment observé :

- “- des mouvements de compensation
- une décharge de la région douloureuse (membre inférieur G [gauche])
- une boiterie
- une diminution du balancement des membres supérieurs à la marche
- des mouvements précautionneux lors de l'appui du pied G au sol
- une posture figée/anormale de la cheville G et lombaire
- des frottements/soutiens des zones douloureuses
- des mimiques douloureuses
- des soupirs
- des plaintes très fréquentes/spontanées des douleurs”

Le 26 mai 2014, l'assuré a été examiné par le Dr M._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport du même jour, ce médecin a constaté une cheville gauche nettement élargie par une tuméfaction chronique qui remontait jusqu'au tiers moyen de la jambe. La cicatrice était bien coaptée. On retrouvait une dermite ocre et une peau très sèche, qui avait tendance à desquamer, ce phénomène étant également observé à droite. L'articulation tibio-talienne

avait conservé une petite mobilité dans un secteur utile. L'articulation sous-talienne était modérément enraidie. L'assuré décrivait une hyperesthésie plantaire médiale, avec un signe de Tinel sur le trajet du nerf tibial postérieur, un peu en avant de la malléole interne. Sur les dernières radiographies du 5 août 2013, le tibia distal gauche paraissait fortement remanié et déminéralisé. Les interlignes articulaires n'étaient plus guère visibles. Du point de vue thérapeutique, le Dr M. _____ estimait qu'une arthrodèse de la tibio-talienne, précédemment envisagée, n'apporterait pas grand-chose. Se référant aux limitations fonctionnelles mises en évidence lors du dernier séjour à la CRR, le médecin d'arrondissement de la CNA estimait que celles-ci ne se modifieraient plus « quoi qu'on entreprenne ». Dans une activité respectant ces limitations, il n'y avait pas de raison que l'assuré ne puisse pas travailler à plein temps. Le Dr M. _____ proposait, enfin, de fixer à 25 % le taux de l'atteinte à l'intégrité, en raison des séquelles d'une grave fracture du pilon tibial gauche s'étant compliquée d'une algodystrophie, ainsi que d'une neuropathie du nerf tibial distal gauche.

Selon une entrevue du 14 octobre 2014 entre l'assuré et le gestionnaire en charge du dossier à la CNA, l'un des spécialistes en réinsertion professionnelle de l'OAI a constaté que l'assuré ne s'imaginait pas retravailler, s'en estimant incapable pour le moment. Il réfutait tout refus de collaborer. Son discours était fermé et rempli d'incohérences. Malgré les explications dont il avait bénéficié de la part de ses interlocuteurs, l'intéressé se braquait, ne comprenait pas, jurant qu'il ne pouvait pas travailler. Il a en outre fait part de son souhait éventuel de sauter par-dessus un pont de sa ville, précisant qu'il n'« a[vait] plus rien d'autre à faire » et indiquant qu'il ne se rendrait en tout cas pas auprès des services sociaux. Il a été mis un terme à l'entretien (rapport initial du 4 novembre 2014).

Par décision du 22 octobre 2014, la CNA a informé l'assuré de la fin de la prise en charge du traitement ainsi que du versement des indemnités journalières avec effet au 30 novembre 2014. Elle statuerait

ultérieurement sur le droit de celui-ci à une éventuelle rente invalidité LAA et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI).

Par lettre recommandée du 6 novembre 2014 adressée à l'avocat de l'assuré de l'époque, l'OAI a sommé ce dernier de participer à une mesure professionnelle, en le rendant attentif d'une part, au fait qu'à défaut, il encourrait une réduction ou un refus de prestations conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1). D'autre part, il était averti également qu'en refusant de manière inexcusable de se conformer à son obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'OAI était notamment en droit de statuer en l'état de son dossier conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA.

A la suite d'un entretien avec l'assuré et son mandataire, ainsi qu'avec le gestionnaire en charge du cas à la CNA le 24 novembre 2014, l'OAI a établi la note suivante :

"[...] Maître Redondo relève qu'il y a certes des atteintes existantes (cheville, pied), tout en précisant qu'il se pourrait que depuis la dernière évaluation médicale, de nouvelles atteintes seraient à prendre en considération.

En effet, il semblerait que depuis avril 2014, l'assuré consulte le Dr J. _____, psychiatre, à [...]. De ce fait, il souhaiterait que des investigations soient entreprises quant à la situation psychiatrique.

De plus, l'assuré se plaint nouvellement de problèmes lombalgiques et de mobilité de l'épaule.

A savoir également que sur demande du Dr X. _____, généraliste à [...], un IRM à [...] aurait été fait au niveau des genoux et des hanches, voire peut-être même de la nuque et des épaules (les informations de M. A. _____ ne sont pas très précises).

Au vu de ces divers éléments, il est convenu que Maître Redondo contacte le corps médical afin d'apporter les éléments attestant de nouvelles atteintes. Ceci nous permettra ensuite de consulter le SMR [Service Médical Régional de l'AI] et/ou d'envoyer des rapports médicaux."

Le 4 décembre 2014, Me Redondo a transmis aux deux assureurs concernés un rapport du 26 novembre 2014 du Dr X. _____, spécialiste en médecine interne, dont il ressort ce qui suit :

“Votre demande du 24.11.2014 m’est bien parvenue de même que la procuration écrite du patient susmentionné.

Hormis le problème traumatique du pied gauche qui vous est connu, Monsieur A._____ souffre également de troubles dégénératifs avancés de la colonne cervicale (cf. annexe) responsables de douleurs cervico-dorsales ainsi que de névralgies du membre supérieur droite.

Monsieur A._____ est également en phase de dépression marquée et pris en charge pour ce problème par le Dr J._____, psychiatre.

Je relève encore une hypertension artérielle, un reflux gastro-oesophagien, une coxarthrose bilatérale débutante ainsi qu’une obésité (BMI 34). [...]”

En annexe à ce rapport figurait un rapport du 17 novembre 2014 d’une IRM cervicale de l’assuré réalisée par la Dre S._____, spécialiste en radiologie du Centre [...] ([...]), à [...]. Ce document d’imagerie se termine ainsi :

“CONCLUSION

Remaniement dégénératif étagé sous forme d’une uncarthrose bilatérale prédominant en C3-C4 engendrant une sténose foraminale droite sévère, en C4-C5 sténose foraminale bilatérale modérée d’origine dégénérative.

En C5-C6, protrusion discale foraminale droite engendrant une sténose foraminale pouvant engendrer un syndrome irritatif avec la racine C6 droite.

En C6-C7. Remaniement dégénératif disco-dégénératif avec protrusion foraminale droite à l’origine d’une sténose foraminale droite pouvant engendrer un syndrome irritatif avec la racine C7 droite.

Canal cervical étroit d’origine constitutionnel.”

Dans un rapport complété le 23 février 2015 à l’intention de l’Office AI, le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a posé le diagnostic, sans effet sur la capacité de travail, de réaction anxiodépressive prolongée au traumatisme et à ses suites (F43.21-22) depuis 2012. Suivant l’assuré régulièrement depuis le 21 mars 2014, à raison d’une à deux fois par mois, pour une symptomatologie dépressive et anxieuse en lien avec les suites de l’accident, ce psychiatre a

mentionné l'absence d'une incapacité de travail « au sens strict » du point de vue psychiatrique en précisant que « la situation d'incertitude et d'incompréhension dans laquelle se trouv[ait] le patient, avec développement subséquent de symptômes anxieux et dépressifs, l'empêch[ait] de mettre à profit sa capacité de travail résiduelle ».

Par décision du 30 janvier 2015, la CNA a alloué à l'assuré une rente LAA fondée sur un taux d'invalidité de 20 % avec effet dès le 1^{er} décembre 2014, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 25 %. Par décision du 8 mai 2015, la CNA a rejeté l'opposition formée le 4 mars 2015, complétée le 8 avril 2015, par Me Redondo et confirmé sa décision du 30 janvier 2015.

De son côté, l'OAI, par son SMR, a adressé, le 4 juin 2015, un questionnaire médical au médecin traitant, le Dr X._____. Ce dernier y a répondu le 11 juin 2015, en indiquant qu'hormis des atteintes psychiatriques et orthopédiques, l'assuré présentait différentes autres atteintes à la santé, dont une atteinte cervicale dégénérative revêtant un caractère incapacitant, depuis une année environ. Le Dr X._____ ne se prononçait pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée et suggérait un examen par les médecins du SMR. Le 11 juin 2015, également, le psychiatre traitant, le Dr J._____, a établi un rapport médical complémentaire à l'intention de l'OAI, posant le diagnostic d'état anxio-dépressif prolongé réactionnel à l'accident, empêchant l'assuré de mettre à profit une éventuelle capacité de travail compatible avec son état physique. Il a suggéré une évaluation approfondie et pluridisciplinaire par l'assurance-invalidité.

Dans un avis du 9 juillet 2015, les médecins du SMR ont constaté la nécessité de clarifier la répercussion des différentes atteintes à la santé sur la capacité de travail de l'assuré et proposé à l'OAI la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique).

Entre-temps, le 9 juin 2015, Me Jean-Michel Duc, agissant au nom d'A._____, a recouru contre la décision sur opposition rendue le 8

mai 2015 par la CNA (CASSO AA 62/15). Le même jour, il a informé l'OAI de son mandat.

Les 4 et 17 novembre 2015, les Drs G._____, spécialiste en rhumatologie, et Z._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, ont rendu leur rapport respectif, précisant toutefois avoir procédé en date du 4 novembre 2015 à une discussion bidisciplinaire de leurs conclusions. Le Dr G._____ a posé les diagnostics suivants :

“4. DIAGNOSTICS

4.1 Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail :

- Douleurs de la cheville D d'origine mixte
 - arthrose tibio-talienne G post-traumatique
 - status post CRPS de type II au décours
 - status post-fracture du pilon tibial G traité par réduction et ostéosynthèse le 07.01.2012
 - status post-AMO le 21.02.2013
 - neuropathie du nerf tibial distal G par atteinte axonale sensitivomoteur rétro-malléolaire modeste.

- Omalgies G sur conflit sous-acromio-claviculaire

- Dorso-lombalgies récurrentes sans signes radiculaires irritatifs ou déficitaires
 - Probable maladie de Forestier

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- HTA [hypertension artérielle] traitée

- Surcharge pondérale (BMI 34kg par m2)

- Coxarthrose bilatérale débutante non significative

- Insuffisance des MI [membres inférieurs]

- Gastrites à répétitions

- Gonalgies G sans signe méniscal ou tendineux
 - absence de troubles dégénératifs significatifs”

De son côté, le Dr Z._____ a constaté un trouble somatoforme douloureux sans comorbidités psychiatriques ni répercussion sur la capacité de travail.

Les experts ont constaté une incapacité de travail totale de l'assuré en lien avec son activité antérieure d'ouvrier dans une usine de cartonnage, et une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée, c'est-à-dire limitant les ports de charges de plus de 5 - 10 kilos en porte-à-faux avec long bras de levier de manière répétitive, en alternant les positions assises ou debout de manière régulière et en portant une chaussure orthopédique et une ceinture lombaire. L'assuré devait également éviter les mouvements répétés d'antéversion ou de latéflexion et les déplacements sur plan incliné ou accidenté. L'atteinte à la santé psychique n'entraînait pas de limitation fonctionnelle. Les experts ont précisé avoir eu recours aux services d'un interprète pour établir l'anamnèse.

Du 17 mai au 24 juin 2016, l'assuré a effectué un stage d'observation professionnelle, de type COPAI, auprès de l'Orif de [...]. Le Dr I._____, en sa qualité de médecin-consultant au COPAI de [...], a établi un rapport du 24 juin 2016. On en extrait l'analyse suivante du cas de l'assuré :

"Discussion

M. A._____ est un ressortissant serbe de 54 ans, qui a acquis la nationalité suisse, sans formation professionnelle attestée. Il a travaillé comme opérateur sur machine de cartonnage, en équipes, jusqu'à son accident de janvier 2012. Lors d'une chute, il s'est fracturé la cheville G. Depuis lors son état n'a cessé d'empirer localement, mais aussi sur le plan général et psychique. L'assuré est en pleine revendication vis-à-vis du chirurgien orthopédiste, de la SUVA, de l'AI et des institutions sociales en général : il estime injuste qu'après 28 ans de dur travail, les institutions le laissent sans aide, que personne ne le croit. Il ne comprend donc pas le sens de cette mesure d'observation, à laquelle il se sent contraint. Le SMR l'estime apte à travailler à 75% dans une activité adaptée. Lui estime qu'il ne peut plus rien faire et attend une rente.

A l'atelier, M. A._____ est venu démontrer qu'il ne peut rien faire. Il est plaintif, démonstratif, se tient dans des positions de travail inadéquates et non ergonomiques, pose ses jambes sur un tabouret et travaille de côté par rapport à l'établi. Il montre sa cheville, qu'il estime très enflée (en réalité peu enflée), quitte l'atelier pour aller se coucher dans sa chambre. Il travaille lentement, comprend difficilement les consignes. Son refus d'exécuter un travail de cartonnage est probablement significatif de sa revendication : il ne veut plus entendre parler de cartonnage, où il a eu son accident. Ses rendements sont insignifiants, au plus de 40%.

Au terme de ce stage, écourté par certificat médical, notre groupe d'observation n'est pas en mesure de confirmer ou infirmer l'évaluation des experts médicaux et du SMR d'une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée, au vu de ce que l'assuré nous a donné à voir. Nous pensons qu'il aurait pu faire mieux que ce qu'il a produit. Nous estimons que cet assuré n'est pas présentable à un employeur dans son état actuel, à cause de son blocage dans la revendication. Il produira un certificat médical après quelques jours, quel que soit le travail. Il s'agit en fait de circonstances extérieures : situation familiale, précarité financière, conviction d'avoir été mal opéré, sentiment d'injustice de la part des assurances et institutions sociales."

Le rapport du 4 juillet 2016 rédigé par l'équipe d'observation de l'Orif se termine comme suit :

"6. Résumé des observations en atelier

Conformément à votre demande, nous avons accueilli M. A. _____ pour un stage d'observation professionnelle (Art. 69 RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201] du 17/05/2016 au 24/06/2016. (Stage initialement prévu jusqu'au 10/06/2016 puis prolongé au 24/06/2016).

Durant la période de stage de 6 semaines, M. A. _____ a été absent 3 semaines sur présentation d'un certificat médical de son psychiatre.

A l'arrivée dans nos ateliers, nous sommes en présence d'un homme de petite taille et de corpulence assez forte. Votre assuré s'exprime en français avec un fort accent slave. Il nous parle de sa cheville « mal opérée » suite à son accident en 2012. Il évoque la prise en charge globale incorrecte lors de cet événement en expliquant qu'il n'y a pas eu d'ambulance et l'attente à l'hôpital de [...] était longue. Il est d'avis que le fait d'avoir été « mal opéré » est la raison pour laquelle sa cheville est très douloureuse. Elle enfle rapidement s'il ne met pas sa jambe à l'horizontale, ce qui l'amène à adopter des positions anti-ergonomiques. Il s'assied parallèlement à l'établi avec le dos adossé au mur et les jambes à l'horizontale sur un tabouret pour réaliser les activités que nous lui proposons. Ces positions ont des répercussions sur sa nuque et son dos. Il nous dit aussi qu'il s'abstient de manger car la vie dans ces conditions n'est pas acceptable. Il ne se sent pas reconnu dans ses souffrances.

Face à nos activités allégées, l'assuré agit principalement en position assise tout en se levant de temps en temps pour aller boire un verre d'eau. Il comprend les consignes lorsque celles-ci sont répétées à plusieurs reprises. Il a besoin de conditions ergonomiques particulières dans chaque activité pour fournir un travail d'une qualité assez moyenne. Votre assuré ne sait ni lire ni écrire en français, seul l'albanais paraît lui être accessible. Dans les activités manuelles simples, il reste perplexe, peine à comprendre ce qu'il doit faire et face à la difficulté il se braque.

M. A._____ a réalisé des travaux de soudure à l'étain, en adoptant une position qui ne respecte pas l'ergonomie que l'on peut attendre dans l'économie. Il est concentré et s'applique à fournir une meilleure qualité de travail qu'au début de son stage et ceci avec un rendement de 40%, ce qui représente une progression positive par rapport aux deux premières semaines où le rendement ne dépassait pas les 25%. L'assuré s'estime incapable de travailler et il le dit clairement. Toute son énergie est vouée à démontrer que ses douleurs ne lui permettent pas d'envisager une réinsertion professionnelle.

7. Conclusion

En conclusion, au terme de cette expertise, notre équipe d'observation est d'avis qu'avec ce que nous avons observé nous ne pouvons pas nous prononcer sur une capacité de travail. Nous n'avons pas pu faire ressortir suffisamment d'arguments pour valider ou invalider le taux de 75% défini par le SMR.

8. Opinion de l'assuré

Le bilan a été effectué en l'absence de M. A._____ . [...]"

Dans un rapport à l'OAI du 6 juillet 2016, le Dr O._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, consulté depuis le 23 décembre 2015 par l'assuré, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un état dépressif sévère (F32.2) existant depuis 2012. Ce médecin relevait un abaissement chronique de l'humeur, un ralentissement psychomoteur, un sentiment d'injustice, de dévalorisation et d'inutilité, une idéation suicidaire récurrente ainsi que des idées délirantes de persécution. Malgré une prise en charge psychiatrique intégrée (comprenant une psychothérapie de soutien et un traitement psychotrope [Saroten® et Lexotanil®]), le pronostic était défavorable. Il évaluait la capacité de travail raisonnablement exigible à 30 % depuis avril 2014 en raison des limitations fonctionnelles psychiques retenues (à savoir une fatigabilité, un trouble de la concentration, une hypersensibilité au stress ainsi qu'une anxiété flottante qui se manifestaient par des difficultés d'organisation et d'adaptation). Il s'agissait de poursuivre le suivi en cours.

Par avis médical du 19 août 2016, le Dr T._____, spécialiste en médecine interne, du SMR, a estimé qu'il convenait de se distancer de l'opinion du psychiatre traitant d'une part, car il prodiguait un traitement ne s'accordant pas avec les dosages usuels reconnus pour un épisode

dépressif sévère et d'autre part, car il faisait remonter une incapacité de travail de 70 % en 2014, alors que l'expertise de 2016 du Dr Z. _____ n'avait pas mis en évidence un trouble de l'humeur mais un trouble somatoforme sans comorbidité psychiatrique. Pour le médecin du SMR, l'attitude de l'assuré ne relevait pas d'une pathologie psychiatrique en l'absence de trouble de la personnalité, de limitation sur le plan social et d'une situation familiale sans particularité.

Du 12 janvier au 16 février 2017, l'assuré a été hospitalisé dans le département de psychiatrie adulte du CHUV, site d'[...]. Dans leur rapport du 17 février 2017 adressé à Me Jean-Michel Duc, les Dres U. _____, cheffe de clinique adjointe, et K. _____, médecin assistante, ont diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) au vu de l'humeur triste tous les jours et toute la journée, d'une anhédonie et d'une aboulie, d'une perte d'intérêt, d'une diminution de l'énergie, d'une fatigue et d'une fatigabilité, d'une diminution de l'activité, de l'attention et de la concentration, d'une perte de l'estime de soi et d'une diminution de la confiance en soi, d'idées de dévalorisation et de culpabilité, d'une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, d'une diminution de l'appétit et de trouble du sommeil. Les idées suicidaires, présentes à l'admission avec une intention de passage à l'acte, s'étaient amendées durant l'hospitalisation. Le traitement à la sortie était le suivant :

“Beloc Zok - 50 mg - comprimé retard (Métoprolol tartrate) 1 cpr po 1x/j [08:00]

Lisinopril - 10 mg - comprimé (Lisinopril) 20 mg 1x/j [08:00]

Arcoxia - 60 mg - comprimé filmé (Etoricoxib) 1 cpr po 1x/j [12:00]

Ibuprofène - 400 mg - comprimé filmé (Ibuprofène) 3x/j en réserve [08:00 - 12:00-18:00]

Co-Dafalgan - comprimé filmé (Paracétamol et Codéine phosphate) 1 cpr po 2x/j [08:00-20:00]

Dafalgan - 1 g - comprimé filmé (Paracétamol) 2x/j en réserve [12:00-18:00]

Saroten Retard - 25 mg - capsule (Amitriptyline) 1x/j [18:00]

Temesta - 1mg - comprimé (Lorazépam) 1 cpr po 1x/j [22:00]

Venlafaxine ER – capsule retard (Venlafaxine) 150 mg 1x/j [08:00] jusqu'au 21.02.17, puis 225 mg 1x/j dès le 22.02.17

Nexium Mups – 20 mg – comprimé (Esomeprazole magnésium trihydraté) 1x/j [08:00]”

La suite de la prise en charge de l'assuré devait s'effectuer avec le Dr O._____, avec une prise en charge ambulatoire en ergothérapie ainsi qu'un suivi infirmier à domicile.

Le 25 octobre 2017, le Dr O._____ a répondu comme suit à un questionnaire adressé par l'OAI dans l'intervalle :

“1) Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?
Episode dépressif sévère (F32.3).

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

L'évolution est globalement stationnaire chez ce patient avec une symptomatologie anxio-dépressive prégnante associée à un sentiment cristallisé de culpabilité, de dévalorisation, d'inutilité et d'injustice sur une réalité de perte d'intégrité physique, d'infirmité au membre inférieur gauche et de précarité financière.

Il déclare la présence récurrente des idées suicidaires tout en avouant l'absence de courage pour un passage à l'acte avec comme pensée velcro sa femme.

3) Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?

Dans l'activité d'ouvrier de production, la capacité de travail est nulle.

4) Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?

Estimée à 30% depuis avril 2014, la capacité de travail actuelle semble ne plus être en mesure de dépasser le seuil de 20 % dans une activité adaptée.

5) Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

Les troubles cognitifs au niveau de la mémoire et de la concentration sont complétés par une fatigabilité et une sensibilité accrue au stress.

6) Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?

-

7) Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?

Prise en charge psychiatrique intégrée comprenant une psychothérapie de soutien à fréquence bimensuelle et un traitement psychopharmacologique.

Une observance optimale continue à être observée.”

L'assuré a séjourné au sein de l'unité de réadaptation psychosomatique de la Clinique [...], du 14 au 27 décembre 2017. Dans leur rapport de sortie du 16 février 2018 adressé au Dr O. _____, les médecins de cette clinique de réhabilitation ont posé le diagnostic principal d'épisode dépressif moyen, et ceux secondaires de suspicion de syndrome d'apnées du sommeil et de kyste sébacé cutané rétro-auriculaire droite et gauche. Les comorbidités étaient une hypertension artérielle ainsi qu'une neuropathie du nerf tibial distal gauche. Ce rapport d'hospitalisation se termine comme suit :

“SYNTHESE DE L'HOSPITALISATION ET PRISE EN CHARGE DES PROBLEMES

Le séjour de votre patient s'est déroulé de la manière suivante :

Sur le plan psychologique, le patient a bénéficié d'un soutien médico-infirmier régulier, ainsi que d'entretiens spécialisés avec notre psychologue. Il a pu évoquer des problèmes suite à un accident qu'il a subi au travail en 2011 [recte : 2012] : perte de dignité en lien avec impossibilité d'entreprendre une activité professionnelle, non-reconnaissance de la part de son ancien patron, difficultés financières. La psychothérapie s'est centrée sur la validation de la souffrance du patient et sur les appréhensions concernant une reprise de la vie quotidienne dans le contexte de tensions importantes au sein de la famille. Au vu de la persistance de sentiment de honte et d'impuissance, malgré la reconnaissance de toutes les difficultés que le patient traverse actuellement par l'équipe médical[e] de notre clinique, nous évoquons avec le patient une nécessité de la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique ambulatoire plus contenant (Hôpital de jour), ce qu'il a refusé fermement. A la fin de son séjour, nous constatons une grande fragilité psychique de votre patient et nous vous laissons le soin de négocier avec lui une possible intensification de soins.

Monsieur A. _____ bénéficie d'une prise en charge physiothérapeutique visant une antalgie des douleurs chroniques. Le patient participe aux séances de massage de dos et des épaules, d'hydromassages et de mobilisation de la cheville G. De manière générale, nous observons une légère amélioration des douleurs après les séances de physiothérapie mais pas à moyen ou à long terme. Nous objectivons néanmoins une amélioration de ses performances physiques avec un test de la marche de 6 minutes à l'entrée à 180 m et à la sortie à 210 m. Malgré la persistance de la symptomatologie algique, le patient fait un bilan positif de son hospitalisation. Il participe aussi au groupe douleur et y trouve une opportunité de réflexion sur les moyens possibles à mettre en place afin de mieux gérer ses douleurs à la maison.

Au vu de tension[s] artérielles ponctuellement élevées (TAS jusqu'à 170 mmHg), un excès pondéral ainsi que le sentiment de fatigue et l'humeur dépressive, nous avons effectué une oxymétrie nocturne qui s'est révélée pathologique, suggérant une forte probabilité d'un SAS [syndrome d'apnées du sommeil]. Nous vous suggérons de référer votre patient au spécialiste afin d'effectuer une polysomnographie.

Lors de son séjour Monsieur A. _____ nous a évoqué une présence de deux kystes sébacés derrière les deux lobes auriculaires. Nous avons appliqué un antiseptique local avec une bonne cicatrisation locale. Nous avons également effectué un frottis du contenu du kyste qui s'est révélé sans germe pathologique. Nous laissons le soin au médecin traitant du patient le contrôle régulier de leur évolution.

Sur le plan biologique, les examens de laboratoire ne mettent pas en évidence de changement pathologique.

TRAITEMENT PRESCRIT A LA SORTIE

- amitriptyline Saroten retard caps ret 25 mg 1x/j (par jour : 25 mg) PO (au coucher)
- ésoméprazole Nexium mups cp 20 mg 1x/j (par jour : 20 mg) PO (matin)
- lisinopril Lisinopril cp 20 mg 1x/j (par jour : 20 mg) PO (matin)
- lorazépam Temesta cp 1 mg 2x/j (max) PO en réserve si tension interne ou anxiété
- paracétamol + codéine Co-Dafalgan 500 mg/30 mg 2x/j PO (matin, soir)
- paracétamol Dafalgan cp 1000 mg 1x/j (max) PO en réserve si douleur
- venlafaxine Venlafaxine ER caps ret 225 mg 1x/j (par jour : 225 mg) PO (matin)

SUIVI A LA SORTIE

Suivi habituel à votre consultation
Suivi auprès du Dr X. _____."

Toujours dans le cadre de son instruction du cas, l'OAI a, via la plateforme SuisseMED@P, confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (de médecine interne, psychiatrique et rhumatologique) au R. _____ (R. _____) de [...]. Les Drs W. _____, spécialiste en médecine interne, B. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et Q. _____, spécialiste en rhumatologie, ont examiné l'assuré le 4 septembre 2018, avec le concours d'un interprète. Dans leur rapport du 17 décembre 2018, ces experts ont posé les diagnostics de cures de varices au membre inférieur gauche il y a vingt ans environ, de probable hypotonie du sphincter œsophagien inférieur sans œsophagite (2010), d'hypertension artérielle traitée (2012), de gastrite prédominant au niveau de l'antra (2013), de syndrome d'apnées du sommeil modéré

(décembre 2017), d'obésité, de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) depuis 2012, d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), intensité actuelle difficile à dater, de fracture du pilon tibial gauche le 27 janvier 2012 avec ostéosynthèse le 1^{er} février 2012, d'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 21 février 2013, de neuropathie du nerf tibial distal gauche séquellaire à l'accident de 2012, de polyarthrose (arthrose de la cheville gauche séquellaire à l'accident de 2012, troubles dégénératifs du rachis cervical et lombaire, maladie de Forestier, coxarthrose bilatérale débutante [2012], arthrose du coude gauche débutante [2016] et arthrose nodulaire des doigts) ainsi que de status après algodystrophie du pied gauche. Les experts ont estimé que si la capacité de travail de l'assuré est nulle dans l'activité antérieure d'auxiliaire sur machine pour cartons d'emballage, il existe une capacité de travail de 75 % au moins (soit une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 25 % au maximum) dans une activité adaptée, à savoir une activité sédentaire, sans effort physique important, se déroulant de façon prépondérante en position assise, sans longs déplacements à pied, marches en terrain instable ni montée et descente fréquente d'escaliers, sans lever répétitif de charges de plus de dix kilos ou de lever ponctuel de charges supérieures à quinze kilos, et évitant les mouvements répétitifs en flexion ou rotation du tronc ainsi que les positions avec le haut du corps en porte-à-faux.

Dans un rapport du 11 mars 2019, le Dr D._____, du SMR, a retenu l'atteinte principale à la santé d'arthrose post-traumatique de la cheville gauche (status après fracture du pilon tibial le 27 janvier 2012, neuropathie du nerf tibial distal gauche et status après SDRC [syndrome douloureux régional complexe] de la cheville gauche) M19.17. Les pathologies associées étaient une arthrose à foyers multiples (rachis cervical et lombaire [maladie de Forestier], coude gauche, hanches et arthrose nodulaire des doigts). Les facteurs/diagnostics non associés consistaient en une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, une hypertension artérielle, une obésité, un syndrome d'apnées obstructives du sommeil modéré ainsi qu'une probable

hypotonie du sphincter œsophagien inférieur. Selon le médecin du SMR, si la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle depuis le 27 janvier 2012, elle était de 75 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (« Activité sédentaire, sans effort physique important, alternance possible des postures assis/debout ; pas de longs déplacements à pied, notamment en terrain irrégulier, soulèvement/port de charges réguliers max 10 kg, épisodique 15 kg, activités en porte-à-faux du tronc, mouvements répétés de flexion et/ou rotation du tronc à proscrire ») depuis novembre 2015.

Par courrier du 27 mai 2019, l'OAI a informé l'assuré de la nécessité d'évaluer son potentiel à la réadaptation à la lumière des conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 17 décembre 2018 du R. _____, confirmant la capacité de travail définitivement nulle dans l'activité habituelle mais admettant par contre qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, type sédentaire légère, était possible et exigible à 75 % depuis novembre 2015. L'OAI a proposé une nouvelle fois une mesure d'évaluation et d'instruction au COPAI pouvant se dérouler en internat. Le 19 juin 2019, dans le délai imparti pour répondre, l'assuré, par Me Duc, a accepté une nouvelle évaluation « au sein d'un autre COPAI que celui de [...] ».

Du 4 au 29 novembre 2019, l'assuré a suivi une mesure d'observation professionnelle, de type COPAI, auprès des [...] ([...]), à [...]. Le rapport du 9 janvier 2020 de l'équipe d'observation aux [...] a fait le résumé suivant du cas de l'assuré :

“Synthèse

La mesure d'observation professionnelle concernant M. A. _____ conclut à l'inaptitude à la réadaptation, même à temps partiel. En effet, seules les activités pratiques et simples du domaine industriel léger correspondent aux capacités d'apprentissage de l'assuré. Les tâches, concrètes et répétitives, doivent être transmises par démonstration en faisant très peu intervenir l'analyse et la réflexion. Dans ce contexte, nous avons observé qu'aucune position de travail n'est maintenue sur la durée. En position debout, l'assuré cherche en permanence un appui pour le dos, nous avons donc privilégié la position assise en améliorant l'ergonomie du poste (chaise et établi réglables, repose-pied). Après 20 minutes, l'assuré interrompt

l'activité par des mouvements antalgiques et des déplacements dans l'atelier. Cette situation se répète régulièrement tout au long de la journée. En plus, toutes les activités nécessitant des gestes en amplitude ou avec les bras en élévation sont rapidement écourtées alors que le manque de dextérité de l'assuré écarte toutes les activités fines et précises. Quant aux temps d'exécution des différents exercices de type sériel, ils sont très significativement dépassés, le tonus de l'assuré étant très faible, son rythme de production très lent et son manque de résistance physique présent dès son arrivée à l'atelier. Les rendements mesurés n'ont pas dépassé 20%, sans progression au cours de la journée.

S'ajoute une importante fragilité de l'estime et de la confiance en soi, ce qui empêche M. A. _____ de se projeter dans une reprise professionnelle. Bien que l'assuré se dénigre en permanence, il s'efforce de participer à tous les exercices proposés.

Au terme de la mesure, soit le 29 novembre 2019, nous avons sorti M. A. _____ des effectifs des [...] et laissons le soin à l'OAI d'assurer le suivi du dossier."

Les constatations effectuées durant la mesure d'observation de l'assuré ont mis en évidence des capacités physiques suivantes :

"Positions de travail

M. A. _____ maintient la position debout statique durant 15 minutes au maximum. En effet, l'assuré se plaint de douleurs à la jambe gauche, aux cervicales et au dos qui l'obligent à s'asseoir.

La mobilité des jambes et les déplacements se font lentement avec boiterie de la jambe gauche (il porte des chaussures orthopédiques qu'il enlève occasionnellement parce que sa cheville gauche enfle). L'assuré ne peut pas travailler debout, penché en avant, sur une période prolongée. L'emploi d'une table réglable en hauteur et d'une chaise ergonomique n'ont pas permis d'améliorer le maintien de cette position dans la durée (douleurs et fatigabilité).

Les déplacements ou port de charges légères sont possible sur de courtes distances avec une limitation de la manutention (prise de la charge avec les deux mains) en raison de l'atteinte à son bras gauche (coude, épaule et main) ainsi qu'à ses hanches.

La position statique assise convient pour des travaux d'une durée de 20 minutes avec une chaise ergonomique, après quoi des interruptions (10 à 15 min) sont observées. En effet, l'assuré se plaint de douleurs au dos, aux épaules et à la jambe gauche. Nous observons qu'il interrompt l'activité fréquemment, alterne les positions, grimace et effectue des mouvements antalgiques. Assis, il pose sa jambe gauche sur une chaise et garde le dos collé au mur. Lorsqu'il est debout, il s'adosse également au mur.

L'assuré a testé la chaise ergonomique et le bureau électrique réglable. En effet, ces moyens auxiliaires sont utiles pour un meilleur

confort. Cependant, ils n'ont pas permis de diminuer la fréquence des alternances et les interruptions répétées durant les activités.

La mobilité de la tête est correcte. La rotation et l'inclinaison du torse sont limitées (le tronc reste droit en un bloc) en raison des douleurs dorsales, lombaires et cervicales que l'assuré dit ressentir.

La mobilité des bras est limitée à des mouvements de peu d'amplitude, l'assuré ne lève pas les bras au-dessus de l'horizontale et ne travaille pas avec les bras en élévation. L'emploi d'une graveuse à étiquettes (bras en élévation et avec gestuelle ample) n'a pas été possible au-delà de 15 minutes. M. A. _____ s'est plaint de douleurs aux cervicales ainsi qu'aux épaules et la qualité de gravure n'a pas répondu aux critères attendus au niveau de la maîtrise et de la précision. Aucune adaptation du poste de travail n'a permis de réaliser l'activité (réglage de la hauteur de l'établi et de la chaise). Il en a été de même pour effectuer des branchements de fils sur un tableau électrique (cette activité a été arrêtée à la demande de l'assuré).

Capacité de reproduction des gestes

M. A. _____ est droitier. Dans les exercices de coordination/dissociation et de coordination oculo-manuelle l'assuré présente des résultats peu utilisables. Il possède une gestuelle peu coordonnée sur le plan de la dissociation des mouvements. Lors des exercices de coordination ou dans des activités qui requièrent de la précision (découpe, traçage et perçage de précision etc.), l'assuré démontre une coordination insuffisante avec des traits approximatifs. Les activités sont exécutées avec des retouches et présentent des imprécisions. Il n'a pas les capacités pour réaliser des activités nécessitant de la motricité fine.

Degré de précision des gestes

Dans les activités qui requièrent de la motricité fine, comme la découpe au cutter et du façonnage fin, l'assuré manque de dextérité et n'a pas fourni la précision correspondant aux exigences demandées. La prise en main des outils a nécessité un temps d'adaptation sans amélioration significative.

L'assuré est uniquement capable d'acquérir des gestes simples enseignés par démonstration et de les reproduire. Cependant, un temps d'apprentissage préalable, suffisamment long, est nécessaire.

Tonus, résistance, rythme, fatigabilité

Le tonus physique de l'assuré est très faible et ceci depuis le début de la mesure sans amélioration en cours de journée/de semaine. Dès l'arrivée à l'atelier nous observons une importante fatigabilité (traits tirés, essoufflement). L'assuré explique avoir des problèmes de sommeil, prendre une médication (antidouleurs) pour supporter au mieux la journée aux [...].

De nombreuses activités ont dû être soit interrompues soit reportées à un moment où l'assuré se sentait moins fatigué. Malgré ces aménagements, les arrêts de travail sont fréquents (toutes les 15

min). Pour toutes ces raisons, son rythme de travail est lent, même pour des tâches pratiques, simples, légères et répétitives. De plus de nombreuses activités ont été interrompues à cause des douleurs que l'assuré dit ressentir. Il manifeste des signes de fatigue physique mais aussi « intellectuelle » qui affecte sa capacité de résistance et de concentration.

La mesure a été marquée par des absences (5 jours sur 20) pour cause de maladie. La résistance de l'assuré diminue au fil du déroulement des activités et de la journée.

M. A. _____ est affecté moralement par ses limitations et l'image qu'il donne. Globalement, l'assuré a peu de résistance physique qui se traduit par une fatigabilité importante.

Rendement dans la position optimum

Aucune position de travail ne permet à l'assuré de fournir un rendement adéquat.

Malgré les aménagements du poste de travail (table réglable et chaise ergonomique, rehausseur, escabeau, repose-pied), il n'y a pas eu d'amélioration du rythme et des rendements durant toute la mesure.

Même les activités simples et répétitives ont présenté des rendements de l'ordre de 20%. Les temps de réalisation ne sont pas respectés, ils sont fractionnés par les arrêts répétés des activités. Certaines activités ont dû être interrompues en raison des nombreuses douleurs que l'assuré dit ressentir.

Capacités sensorielles (à détailler si nécessaire)

Sens tactile :

L'assuré a des difficultés pour manipuler des petites pièces mais est capable de distinguer la rugosité. Sa sensibilité tactile est conforme pour les 2 mains.

Audition :

L'assuré entend les consignes données à voix normale dans un atelier.

Visuel :

L'assuré porte des lunettes pour voir de près mais il ne les porte pas en continu. En effet, nous observons des difficultés dans la réalisation des activités fines et précises (perçage et traçage de précision), dans la perception des petites pièces d'horlogerie ou pour réaliser des exercices nécessitant une acuité visuelle soutenue. Il se plaint d'une vue qui se brouille et d'une importante fatigue oculaire. Il dit ne pas avoir d'explication à cela. Nous l'avons invité à consulter un spécialiste.

Synthèse des capacités physiques

Les capacités physiques de M. A. _____ ne sont pas compatibles avec une mesure de réadaptation.

Limitations :

- ne maintient aucune position de travail durablement
- alternance des positions et arrêts de travail répétés
- mobilité des membres supérieurs limité[e]
- pas de geste ample ou de travail avec les bras au-dessus de l'horizontale
- port de charge limité
- coordination oculo-manuelle peu maîtrisée
- pas de gestuelle fine
- tonus faible, peu de résistance physique et manque de dynamisme
- rythme de travail très lent et rendement maximal de 20%
- acuité visuelle limitée pour les petites pièces"

Le 22 janvier 2020, l'OAI a reçu un rapport du 16 janvier 2020 rédigé par la Dre O._____, spécialiste en médecine interne. Cette médecin a indiqué que l'assuré présentait une arthrose post-traumatique de la cheville gauche, une neuropathie du nerf tibial gauche entraînant des douleurs invalidantes et qu'il souffrait également d'un état dépressif chronique en raison d'une évolution post-traumatique compliquée avec le développement d'un syndrome de douleur régional complexe et la non-acceptation de ses séquelles physiques post-traumatiques. Au cours des sept dernières années, l'intéressé avait développé de multiples pathologies chroniques peu susceptibles d'amélioration en plus des atteintes post-traumatiques, soit une hypertension artérielle, une obésité, un syndrome d'apnée du sommeil non appareillé, des douleurs chroniques sur arthrose des membres supérieurs et du rachis. Pour la Dre O._____, une reprise du travail ne semblait pas envisageable.

Le 12 février 2020, le conseil de l'assuré a produit les pièces suivantes :

- un rapport du 11 février 2020 adressé à Me Jean-Michel Duc par le Dr O._____, qui a fait part de l'absence d'évolution mais au contraire d'une aggravation, surtout sur le plan cognitif, de l'état de santé de l'assuré depuis le mois de juin 2019. Ce médecin confirmait le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec un épisode persistant d'intensité moyenne à sévère, marqué par la verbalisation récurrente d'idéation suicidaire sur fond de perte de dignité. Durant les derniers mois, l'intéressé s'était plaint plus souvent d'oublis fréquents, d'une réduction

de sa capacité de concentration ainsi qu'une baisse de sa capacité de planification, lesquels troubles péjoraient l'humeur. Le psychiatre traitant était d'avis qu'« à la lumière des limitations fonctionnelles ci-haut citées, une capacité de travail au-delà de 20% n'est plus estimée exigible dans l'économie réelle » ; seule une activité occupationnelle était encore exigible mais à un taux tenant compte de l'état psychopathologique de l'assuré ;

- deux rapports des 4 juin 2019 et 22 janvier 2020 du Dr X._____. En juin 2019, ce médecin relevait, au status, des contractures musculaires de l'entier de la colonne s'accompagnant d'une raideur articulaire ainsi que la cheville gauche chroniquement tuméfiée, de peu de mobilité ; l'état de santé lui paraissait stable ces dernières années avec une capacité de travail nulle dans toute activité « demandant autre chose que de la manutention légère » ; dans une activité adaptée de ce type, l'impossibilité de rester debout justifiait certainement une diminution de rendement de l'ordre de 30 % ; il convenait également de se référer au psychiatre traitant. En janvier 2020, le Dr X._____ a écrit ceci :

“Monsieur A._____ est connu pour une fracture du pilon tibial gauche en 2012, une colonne cervico-dorso-lombaire dégénérative, une arthrose trochléaire gauche, une hypertension artérielle ainsi qu'un état dépressif.

Cliniquement, au plan physique, on peut relever une raideur de la cheville gauche avec un œdème chronique local dans un status post opératoire ainsi que des contractures musculaires généralisées au niveau cervico-dorso-lombaire sans déficit neurologique associé.

Monsieur A._____ présente une aggravation progressive de son état de santé au fil des mois avec des douleurs allant croissantes dans un contexte de maladie du Sudeck, séquelle tardive de son accident de 2012.

Les difficultés que rencontre monsieur A._____ sont clairement en rapport avec les suites de son accident de 2012, d'une part du fait de douleurs chroniques au niveau du membre inférieur ainsi que l'exclusion professionnelle qui en a suivi avec comme conséquences d'importants troubles dépressifs toujours non stabilisés à ce jour.

Comme déjà signalé dans le rapport de juin, monsieur A._____ ne peut définitivement plus exercer d'activité nécessitant des efforts physiques et est par ailleurs limité en matière de formation et que seule une activité d'ordre occupationnelle peut être envisagée.

Il va sans dire que l'avis de son psychiatre traitant doit compléter cette appréciation physique."

Après avoir obtenu le point de vue d'une de ses juristes (« avis juriste » du 31 mars 2020) et les renseignements utiles auprès d'une de ses spécialistes en réinsertion professionnelle (« REA – Rapport final » du 6 avril 2020), l'OAI a, par projet de décision du 28 mai 2020, fait part au conseil de l'assuré de son intention d'allouer à ce dernier une rente entière du 1^{er} mai 2013 (soit six mois après le dépôt de la demande de prestations) au 29 février 2016, puis un quart de rente depuis le 1^{er} mars 2016.

Dans ses objections des 30 juin et 31 juillet 2020 sur ce préavis, l'assuré, agissant par Me Duc, a demandé l'octroi d'une rente d'invalidité entière postérieurement au 1^{er} mars 2016, subsidiairement un complément d'instruction sur l'éventuelle capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Indiquant présenter un état de santé fluctuant qui ne pouvait donc être observé lors de l'unique examen mis en œuvre par les experts du R._____, il a produit un rapport du 30 juillet 2020 adressé à son avocat, dans lequel le Dr X._____ a écrit ceci :

"Votre courrier du 10 juillet 2020 amène les réponses complémentaires suivantes :

Les rapports d'expertises de 2015 et 2018 concluent à une activité possible de l'ordre de 75% pour autant qu'elle soit adaptée. Il n'y est en particulier pas retenu de limitation d'ordre psychiatrique.

Il me semble que les experts se sont essentiellement concentrés sur les séquelles de sa fracture du membre inférieur gauche sans tenir suffisamment compte des autres atteintes physiques observées (cervicarthrose, colonne lombaire dégénérative, conflit sous acromial bilatéral, arthrose trochléaire gauche). Des années de suivi régulier de ce patient me permettent d'affirmer que ces lésions sont également responsables de douleurs chroniques avec par moment des pics inflammatoires fortement invalidants. L'utilisation des membres supérieurs reste fortement compromise y compris pour des mouvements simples, sans réel port de charges, à caractère répétitif.

Monsieur A._____ n'a par ailleurs pas de capacités suffisantes pour imaginer une reconversion dans une activité intellectuelle. Il est illusoire à son âge d'espérer une reconversion de ce type.

Je relève également qu'aucune atteinte psychiatrique n'a été retenue alors que mon collègue le Docteur O._____, psychiatre traitant ces dernières années, a eu l'occasion de multiples reprises de le voir et de le soutenir dans un contexte dépressif d'intensité moyenne à sévère, ceci ne pouvant être négligé dans l'appréciation globale de la capacité de travail de ce patient.

Même si juridiquement l'office AI a le droit de s'écarter des conclusions du COPAI, il n'en demeure pas moins que cette observation prolongée rejoint les conclusions des divers médecins traitants impliqués qui peuvent, du fait d'un suivi s'étalant sur plusieurs années (depuis 2014 en ce qui me concerne) se faire une idée assez objective des limitations de Monsieur A._____."

Aux termes d'un avis médical du 2 octobre 2020, le Dr B._____, du SMR, a estimé que le dernier rapport du Dr X._____ n'était pas en mesure de rediscuter valablement les conclusions de l'expertise multidisciplinaire de 2019 (recte : 2018), lesquelles ne reposaient pas sur un seul examen mais bien sur l'ensemble du dossier médical et les nombreuses évaluations qui s'étaient succédées depuis l'accident de janvier 2012 (à savoir un séjour à la CRR, un examen final de la CNA en 2013 puis 2014, une expertise bidisciplinaire de 2015 ainsi que celle pluridisciplinaire de 2019), éléments ayant été largement pris en compte par les experts. De plus, les deux experts psychiatres concordaient afin d'écarter une atteinte psychiatrique durablement incapacitante. Dans ces conditions, il n'existait aucun motif justifiant de modifier les conclusions du rapport SMR de mars 2019.

Malgré les objections de l'assuré, l'OAI a, par décision du 27 janvier 2021, confirmé le droit de celui-ci à une rente entière du 1^{er} mai 2013 au 29 février 2016, puis à un quart de rente depuis le 1^{er} mars 2016.

B. Par acte du 26 février 2021 de son conseil, A._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision en concluant à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière postérieurement au 29 février 2016, subsidiairement à l'annulation de la décision querellée ainsi qu'au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, il a reproché à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical. Il lui fait grief de s'être

basé sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du R._____ de décembre 2018, qu'il tient pour obsolète et fondé sur des examens ponctuels réalisés il y a plus de deux ans, opposant une aggravation de l'état de santé attestée par les rapports de ses médecins (les Drs X._____, O._____ et O._____) ainsi que sur la base de ceux d'observation professionnelle au dossier, reprochant en outre à l'autorité intimée de ne pas avoir investigué le plan neurologique ni fait réaliser un examen neuropsychologique. Il invoque ensuite que l'âge (58 ans), les atteintes à la santé, les limitations fonctionnelles et la longue période d'éloignement du monde professionnel (depuis 2012) rendraient illusoire sa réinsertion professionnelle. Il en infère devoir se voir reconnaître une incapacité de travail totale lui donnant droit au maintien d'une rente entière au-delà du 29 février 2016. A titre de mesures d'instruction, le recourant a requis la production du dossier complet en mains de l'office intimé ainsi que la mise en œuvre de débats publics par le tribunal au cours desquels il lui sera possible de s'exprimer sur son incapacité de travail ainsi que sur sa situation personnelle et professionnelle.

Dans sa réponse du 7 mai 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Produisant son dossier, il a relevé le caractère probant du rapport d'expertise du R._____. S'agissant de l'aspect neurologique et neuropsychologique, il a produit un avis médical du 3 mai 2021 du Dr B._____, du SMR, auquel il se rallie.

Le recourant s'est encore déterminé le 28 mai 2021. Il a joint à sa détermination les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 10 mars 2021 adressé au Dr O._____ consécutif à un bilan neuropsychologique réalisé les 3 et 10 février 2021 par les psychologues du Centre ambulatoire de l'Institution de [...] (Site de [...]) ;
- un rapport du 27 mai 2021 établi à l'intention de l'avocat par le Dr O._____.

Le 1^{er} juin 2021, un exemplaire de la réplique du 28 mai 2021 a été transmise, avec ses annexes, à l'office intimé pour information.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité. Le recourant conteste, en particulier, la diminution de la rente qui lui a été allouée à un quart de rente, dès le 1^{er} mars 2016.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 27 janvier 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021). 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) Le droit à la rente prend 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 (art. 29 al. 1 LAI).

d) 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 [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). 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 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

4. 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).

5. **a)** Pour 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 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

6. En l'espèce, l'intimé a constaté une capacité de travail de 75 %, dans une activité adaptée, dès le 4 novembre 2015, en se fondant notamment sur l'expertise R._____, à laquelle il a reconnu une pleine valeur probante. Le recourant conteste cette valeur probante, ainsi que celle de l'expertise des Drs G._____ et Z._____, et se réfère aux rapports établis par ses médecins traitants pour alléguer une capacité de travail nulle dans toute activité, ou en tout cas très réduite. Il se réfère également au rapport d'observation professionnelle des [...]. Il soutient

que le R._____ aurait dû compléter ses examens par une évaluation neuropsychologique et estime que l'expertise R._____ est, de toute façon, trop ancienne pour se prononcer.

7. a) L'expertise revêt une pleine valeur probante. Les experts ont posé les diagnostics de cures de varices au membre inférieur gauche il y a vingt ans environ, de probable hypotonie du sphincter œsophagien inférieur sans œsophagite (2010), d'hypertension artérielle traitée (2012), de gastrite prédominant au niveau de l'antrum (2013), de syndrome d'apnées du sommeil modéré (décembre 2017), d'obésité, de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) depuis 2012, d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), intensité actuelle difficile à dater, de fracture du pilon tibial gauche le 27 janvier 2012 avec ostéosynthèse le 1^{er} février 2012, d'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 21 février 2013, de neuropathie du nerf tibial distal gauche séquellaire à l'accident de 2012, de polyarthrose (arthrose de la cheville gauche séquellaire à l'accident de 2012, troubles dégénératifs du rachis cervical et lombaire, maladie de Forestier, coxarthrose bilatérale débutante [2012], arthrose du coude gauche débutante [2016] et arthrose nodulaire des doigts) ainsi que de status après algodystrophie du pied gauche. Les experts ont unanimement constaté que si la capacité de travail de l'assuré est nulle dans l'activité antérieure d'auxiliaire sur machine pour cartons d'emballage, il existe une capacité de travail de 75 % au moins (soit une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 25 % au maximum) dans une activité adaptée à l'état de santé défaillant. Le rapport d'expertise pluridisciplinaire (de médecine interne, psychiatrique et rhumatologique) du 17 décembre 2018 remplit les réquisits pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. consid. 5b supra). Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par le recourant, comporte des anamnèses détaillées et circonscrit le contexte déterminant. Reposant sur des examens cliniques complets ainsi que l'étude de l'ensemble des pièces médicales à disposition, il contient une appréciation claire de la situation par des spécialistes et aboutit à des conclusions médicales minutieusement motivées et exemptes de contradictions. L'expertise du

R._____ corrobore au demeurant les observations déjà effectuées par les Drs G._____ et Z._____ ainsi que, dans une large mesure, les constatations des médecins de la Clinique romande de réadaptation.

b) aa) Sur le plan somatique, contrairement à ce que soutient le recourant, le rapport d'expertise du R._____ ne se fonde pas uniquement « sur des examens ponctuels », mais également sur les autres observations médicales figurant au dossier, qui étaient connues des experts. L'allégation d'une aggravation de l'état de santé postérieure à l'expertise, fondée sur le constat du Dr X._____, dans un rapport du 22 janvier 2020, d'après lequel l'assuré « présente une aggravation progressive de son état de santé au fil des mois avec des douleurs allant croissantes dans un contexte de maladie du Sudeck, séquelle tardive de son accident de 2012 », ne résiste pas à l'examen. L'état de la jambe gauche de l'assuré est stable depuis plusieurs années et l'algo-neuro-dystrophie était au décours au moment de l'expertise du Dr G._____. En réalité, la phrase citée par le recourant décrit une évolution bien antérieure à l'expertise du R._____. Le Dr X._____ décrivait par ailleurs un état de santé stable ces dernières années, dans son rapport du 4 juin 2019, et ne décrit pas en quoi celui-ci se serait modifié entre le 4 juin 2019 et le 22 janvier 2020.

bb) Sur le plan psychiatrique, le Dr O._____ faisait état d'un épisode dépressif sévère (F32.2) existant depuis 2012, dans un rapport établi le 6 juillet 2016, alors même que l'assuré ne le consultait que depuis le 23 décembre 2015 et que le psychiatre consulté précédemment, le Dr J._____, ne décrivait pour sa part qu'une réaction anxiodépressive prolongée au traumatisme et à ses suites (F43.21-22) depuis 2012, sans répercussion sur la capacité de travail, et que la Dre H._____, décrivait des symptômes légers d'un trouble anxiodépressif mixte, lors du second séjour de l'assuré à la CRR à l'été 2013. Le Dr Z._____ n'a pas davantage constaté d'épisode dépressif grave et a mis en évidence, comme précédemment le Dr T._____, l'incohérence entre le diagnostic posé par le Dr O._____ et la médication prescrite. Il est vrai que par la suite, l'assuré a effectué des séjours hospitaliers en raison

d'épisodes dépressifs graves, qui se sont toutefois amendés en un épisode dépressif moyen, comme l'a constaté le Dr B._____. Ce dernier a mis en évidence une incohérence entre le diagnostic d'épisode dépressif grave et la médication prescrite, comme l'avaient fait précédemment les Drs Z._____ et T._____, ainsi que des incohérences entre les plaintes spontanées et l'anamnèse orientée, d'une part, ainsi qu'entre ces plaintes et les constatations cliniques, d'autre part. Enfin, si le Dr O._____ fait état d'une péjoration de l'état de santé sur le plan cognitif, on observera qu'il faisait déjà mention d'un ralentissement psychomoteur dans un rapport du 6 juillet 2016 et de troubles cognitifs au niveau de la mémoire et de la concentration dans un rapport du 25 octobre 2017, alors que le Dr J._____ ne constatait pas de ralentissement psychomoteur dans un rapport du 23 janvier 2015, et que le Dr Z._____ ne relevait pas de trouble de la mémoire ou d'autre trouble cognitif dans son rapport du 17 novembre 2015. Le Dr B._____ n'a pour sa part pas constaté de trouble de l'attention ou de la concentration et a indiqué que, concernant la mémoire « on peine à obtenir des éléments précis », estimant toutefois qu'il n'était pas possible, sur la base de l'évaluation clinique, de déterminer s'il s'agissait de troubles réels. Le recourant en conclut qu'un examen neuropsychologique aurait dû être ordonné. Le Dr B._____ ne l'a pas estimé nécessaire, considérant manifestement que de tels troubles, à supposer qu'ils puissent être objectivés au vu de l'attitude du recourant, ne seraient pas suffisamment prégnants pour entraîner une incapacité de travail. Au demeurant, le recourant s'est soumis à un examen neuropsychologique, qu'il a toutefois mis en échec par son comportement, et non uniquement en raison d'une « accutisation des douleurs chroniques », contrairement à ce qu'indique le Dr O._____ dans son rapport du 27 mai 2021. A cet égard, si le recourant cite bien la première partie des conclusions du rapport du 10 mars 2021 de la Dre [...] et de la psychologue [...], il se garde de mentionner le second paragraphe de ces conclusions, à savoir : « Les discordances entre l'étendue et la sévérité du tableau, le fonctionnement du patient (p.ex., patient non ralenti en séance, relative autonomie dans le[s] AVQ [activités de la vie quotidienne], conduite automobile) et sa pathologie, ainsi que l'échec à deux épreuves de validation des symptômes ne permet pas de valider le

tableau. Dès lors, n'ayant pas pu atteindre les fonctions, il nous est impossible de quantifier d'éventuelles limitations fonctionnelles ». Au vu de ce qui précède, on ne saurait tenir pour établis les troubles neuropsychologiques allégués par le recourant, sans qu'une instruction complémentaire sur ce point se justifie au vu des expertises figurant déjà au dossier.

cc) Enfin, le rapport de la Dre O. _____ du 16 janvier 2020, auquel se réfère également le recourant, n'amène aucune constatation nouvelle par rapport à celles figurant déjà dans les autres documents médicaux au dossier. Son constat relatif à une incapacité de travail totale est insuffisamment motivé pour remettre en cause les constatations des experts, d'autant qu'il est douteux que la Dre O. _____ se soit déterminée sur la base d'une connaissance complète du dossier.

c) Le recourant estime, en se référant à un rapport du 30 juillet 2020 du Dr X. _____, qu'en sus de leurs évaluations ponctuelles et obsolètes, les experts du R. _____ se seraient essentiellement concentrés sur les séquelles de la fracture du membre inférieur gauche et qu'ils auraient négligé de tenir compte des autres atteintes physiques des membres supérieurs (cervicarthrose, colonne lombaire dégénérative, conflit sous acromial bilatéral et arthrose trochléaire gauche). Tel n'est à l'évidence pas le cas, au regard des examens cliniques pratiqués par les experts et des examens radiologiques auxquels ils se sont référés. Le Dr X. _____ fait état, dans son rapport, de « pics inflammatoires » dont serait victime le recourant, sans toutefois que ces derniers soient documentés. En particulier, aussi bien lors de séjours à la Clinique romande de réadaptation que lors du premier stage COPAI, l'assuré a présenté une majoration des symptômes sans que des « pics inflammatoires » puissent être constatés. Il a par ailleurs été observé, au COPAI, que l'assuré se plaignait d'une cheville très enflée avant de quitter l'atelier et d'aller dans sa chambre, alors que cette cheville était en réalité peu enflée.

d) Le recourant reproche encore à l'intimé de s'être fondé sur les expertises médicales et d'avoir négligé les constatations effectuées lors des stages professionnels. Toutefois, les constatations lors des deux stages professionnels coïncident largement et ne permettent pas de tirer de conclusions probantes relatives à la capacité de travail du recourant. Les experts du R._____ avaient par ailleurs connaissance des constatations effectuées lors du premier stage et ont pu en tenir compte. Le recourant, lors des deux stages, a montré des limitations fonctionnelles importantes qui ne peuvent être expliquées qu'en partie par les atteintes à la santé constatées. Il en va en particulier ainsi des positions de travail adoptées lors des deux stages, avec de nombreuses autolimitations et interruptions de travail non justifiées médicalement. De ce point de vue, les constatations lors du second stage ne diffèrent pas de celles effectuées lors du premier stage. Elles correspondent également, dans une large mesure, aux constatations en ateliers professionnels lors du second séjour à la CRR. Les troubles cognitifs décrits n'ont par ailleurs pas pu être validés lors de tests de validation des symptômes effectués par la Dre [...] et la psychologue [...]. Au final, les renseignements réunis lors des stages d'observation professionnelle confirment certes que le recourant s'estime totalement incapable de travailler, mais ne permettent pas de remettre en cause les constatations des experts médicaux. Les constatations relatives aux faibles facultés d'apprentissage du recourant et à ses difficultés linguistiques doivent être prises en considération au niveau de l'évaluation des revenus, mais ne permettent pas d'exclure une capacité résiduelle de travail de 75 % dans une activité adaptée d'un point de vue médical, dès le 4 novembre 2015, compte tenu également de l'expertise des Drs G._____ et Z._____, dont les constatations sont corroborées par celles du R._____. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : « L'activité devrait être sédentaire, sans effort physique important. Elle devrait se dérouler de façon prépondérante en position assise. Il faut éviter les longs déplacements à pied, les marches en terrain instable ou la montée et descente fréquente d'escaliers. L'activité ne doit pas comporter de lever répétitif de charges de plus de 10 kg ou de lever ponctuel de charges de plus de 15 kg. Elle doit également éviter les mouvements répétitifs en

flexion ou rotation du tronc ainsi que les positions avec le haut du corps en porte-à-faux » (rapport d'expertise du R. _____, p. 28).

8. Cela étant constaté, il s'agit de déterminer le degré d'invalidité du recourant.

a) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

b) aa) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'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).

bb) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS

et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

cc) 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) L'intimé a pris en considération un revenu annuel de 76'992 fr. en 2011 pour établir le revenu hypothétique sans invalidité. Ce constat ne prête pas flanc à la critique et ne fait l'objet d'aucun grief du recourant, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir plus en détail. Après adaptation à l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2016, on constate un revenu hypothétique sans invalidité de 79'486 fr. 80 (+ 0.8 % [2011 - 2012] ; + 0.8 % [2012 - 2013] ; + 0.7 % [2013 - 2014] ; + 0.3 % [2014 - 2015] ; + 0.6 % [2015 - 2016]).

En ce qui concerne le revenu d'invalidité, l'intimé s'est référé aux données salariales publiées par l'OFS qu'il a adaptées pour tenir compte de l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2015. Il convient de renoncer à cette adaptation au vu de ce qui précède et de se baser sur les données statistiques de l'ESS 2016, soit un revenu de 5'340 fr. pour un homme dans des tâches physiques ou manuelles simples du secteur privé. Ce salaire médian, qui tient compte d'un horaire de travail de quarante heures par semaine, doit encore être adapté au temps de travail hebdomadaire usuel dans les entreprises en 2016 (41,7 heures), soit un revenu de 5'566 fr. 95 ($[5'340 \text{ fr.} / 40] \times 41,7$). Rapporté à une capacité de travail résiduelle de 75 %, le revenu est de 4'175 fr. 20 ($[5'566 \text{ fr.} 95 \times 75] / 100$), soit un salaire annuel de 50'102 fr. 40 ($4'175 \text{ fr.} 20 \times 12$). Pour le reste, les limitations d'ordre médicales constatées ci-avant ne

permettent pas de considérer comme irréaliste un retour dans l'économie privée, contrairement à ce que soutient le recourant. En ce qui concerne les limitations liées à son manque de formation professionnelle, à son faible niveau de compréhension des consignes et à ses faibles capacités d'analyse et d'abstraction, elles n'excluent pas un emploi dans une activité de niveau 1 selon l'ESS. Globalement, l'intimé tient suffisamment compte des circonstances personnelles et des limitations fonctionnelles présentées par le recourant en réduisant de 15 % le revenu tiré de l'ESS. Le revenu d'invalidé doit ainsi être fixé à 42'587 fr. 05 (50'102 fr. 40 - 15 %) en 2016.

Le recourant reproche à l'intimé d'avoir procédé à une approche théorique et d'avoir réduit le droit à la rente dès le 1^{er} mars 2016 sans allouer préalablement des mesures d'ordre professionnel à l'assuré, alors même qu'il est âgé de 58 ans, qu'il présente des limitations fonctionnelles importantes et qu'il est éloigné du marché du travail depuis longtemps. Ce grief est mal fondé pour plusieurs motifs. En effet, le recourant dispose de la capacité résiduelle de travail constatée ci-avant depuis le mois de novembre 2015 au moins. Il était âgé à l'époque non pas de 58 ans, mais de 53 ans, et était éloigné du marché du travail depuis un peu moins de quatre ans, ce qui n'excluait pas une réadaptation par soi-même. L'intimé a par ailleurs tenté de mettre en place des mesures d'ordre professionnel qui ont échoué dans une large mesure parce que le recourant est persuadé de ne pas disposer d'une capacité résiduelle de travail et qu'il s'est rendu aux stages professionnels en vue de le démontrer. On ne saurait faire grief à l'intimé, dans ces conditions, d'avoir constaté que d'autres mesures d'ordre professionnel seraient vouées à l'échec et d'avoir procédé à une révision du droit à la rente sans mesure de reclassement menée à leur terme préalablement.

Vu ce qui précède, du revenu hypothétique sans invalidité de 79'486 fr. 80 en 2016 et du revenu d'invalidé de 42'587 fr. 05 pour la même année, on constate un taux d'invalidité de 46,42 % ($[(79'486 \text{ fr. } 80 - 42'587 \text{ fr. } 05) / 79'486 \text{ fr. } 80] \times 100$), arrondi à 46 % (ATF 130 V 121), ouvrant le droit à un quart de rente dès le 1^{er} mars 2016 (cf. art. 28 al. 2

LAI et art. 88a al. 1 RAI). Pour la période antérieure, la décision litigieuse reconnaît le droit à une rente entière depuis le 1^{er} mai 2013 (cf. art. 29 al. 1 LAI) et ne prête pas flanc à la critique.

9. a) Mal fondé le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, 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 27 janvier 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge d'A._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :