

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 décembre 2021

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Berberat, juge et M. Reinberg, juge assesseur
Greffière : Mme RoCHAT

Cause pendante entre :

P. _____, à (...), recourant, représenté par Me Sébastien Pedroli, avocat à
Payerne,

et

I. _____, à Vevey, intimé.

E n f a i t :

A. **a)** P._____, né en [...], ressortissant italien, marié et père de trois enfants, travaillait à 100% en qualité d'aide-monteur dans une équipe d'assainissement-gainage pour le compte de [...], pour un salaire mensuel qui s'élevait à 5'200 fr. lorsque, le 5 octobre 2018, il a été victime d'un accident. Il a chuté d'une échelle d'une hauteur d'environ cinq mètres avec réception dorsale, perte de connaissance et amnésie circonstancielle. Il en a résulté une fracture cervicale C4 de type A3, traitée de manière conservatrice (cf. rapport du 5 octobre 2018 du Dr [...], spécialiste en radiologie). L'assuré a séjourné au [...] ([...]) du 5 au 7 octobre 2018, date de son retour à domicile. Dès cette date, la Dre K._____, neurochirurgienne, ainsi que les Drs Q._____ et B._____, médecins-assistants à l'Unité de chirurgie spinale du [...], ont fait état d'une incapacité de travail totale, jusqu'au 5 juillet 2019. Le Dr M._____, médecin-traitant, a ensuite établi des certificats d'incapacité de travail, à 100%, sauf pour la période du 13 au 31 août 2019 où l'assuré a travaillé à 50%.

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

A la radiographie du rachis cervical du 8 mars 2019, le Dr [...], spécialiste en radiologie, a constaté la consolidation de la fracture cervicale avec une diminution du mur antérieur de C4 mesurée à 25% par rapport au comparatif du 20 décembre 2018 ; il n'y avait pas de listhésis, ni d'épaississement des tissus mous.

b) L'assuré a déposé le 27 mars 2019 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état d'une incapacité de travail totale depuis l'événement du 5 octobre 2018.

Dans son rapport du 6 mai 2019 à la Dre L._____, la Dre K._____ a constaté que les radiographies du jour étaient bonnes et

ne montraient ni tassement ni difformité en cyphose. L'évolution était satisfaisante, le patient présentant toujours une contracture spasmodique de la musculature paracervicale, en partie favorisée par le port continu d'une minerve en mousse. L'incapacité de travail demeurait de 100%. La Dre J._____, neurochirurgienne, l'a prolongée pour une durée de deux mois [réd. : soit jusqu'au 6 juillet 2019], estimant que la capacité à reprendre le travail devait être évaluée à ce moment-là.

La radiographie (rayons X) de la colonne cervicale réalisée le 6 juin 2019 a montré une fracture C4 consolidée, avec diminution du mur antérieur par rapport au postérieur mesuré à 30%. Il n'y avait pas de listhésis ou de diastasis C1-C2 ni d'épaississement des tissus mous pré-vertébraux.

Le 7 août 2019, la Dre J._____ a indiqué à la Dre L._____ que l'assuré présentait un suivi radiologique tout à fait rassurant et que l'examen du jour ne montrait aucun signe de myélopathie avec une force et une sensibilité qui étaient préservées au niveau des quatre membres. Elle n'avait pas de contre-indication d'un point de vue neurochirurgical à la reprise de l'activité professionnelle.

L'IRM [imagerie par résonance magnétique] cervicale réalisée le 19 septembre 2019 a confirmé la consolidation de la fracture C4. Pour le surplus, il n'y avait pas d'explication pour les paresthésies des deux mains.

Le 30 septembre 2019, le Dr M._____ s'est adressé au Dr N._____, neurologue, en expliquant que son patient se plaignait de cervicalgies résiduelles, de paresthésies des avant-bras et des mains des deux côtés depuis qu'il s'était fracturé une cervicale le 5 octobre 2018, non explicables par la dernière imagerie. Il sollicitait dès lors l'avis du Dr N._____.

Le Dr N._____ a répondu le 15 octobre 2019 que le bilan électroclinique réalisé ne fournissait pas d'explication neurologique

périphérique aux paresthésies des mains qui avaient émaillé la reprise du travail. Il s'interrogeait toutefois sur la possible existence d'un syndrome du tunnel carpien débutant et échappant encore à la mise en évidence clinique et électromyographique en dehors des épisodes de paresthésies. Les cervicalgies étaient quant à elles liées à un problème ostéo-articulaire, sans participation neurologique et pour lesquelles il n'avait pas de proposition relevant de sa spécialité à formuler.

Le 22 octobre 2019, le Dr M. _____ a demandé à la CNA d'organiser un rendez-vous chez le médecin d'arrondissement ou un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR), en expliquant que l'assuré n'arrivait pas à reprendre son ancienne activité professionnelle, même partiellement, en raison de cervicalgies persistantes et de douleurs atypiques des avant-bras, ces dernières ne s'expliquant pas par la fracture de la cervicale survenue le 5 octobre 2018. L'assuré éprouvait également beaucoup d'inquiétude quant à une non consolidation de cette fracture qui était pourtant bien stabilisée.

Dans son rapport médical détaillé UE/AELE du 15 novembre 2019, le Dr M. _____ a indiqué que les symptômes actuels majeurs de son patient consistaient en des cervicalgies résiduelles lorsqu'il soulevait des charges ou lors de la flexion de la nuque, ainsi que des paresthésies des deux avant-bras lorsqu'il soulevait des charges. L'évolution était satisfaisante radiologiquement mais sur le plan somatique, il persistait une contracture de la musculature para-cervicale. Un déficit fonctionnel en lien avec des douleurs de la nuque empêchait l'assuré de porter des charges de plus de 15 kg de manière répétée ou de fléchir à répétition la nuque. Il demeurait cependant capable d'exercer de façon régulière, et jusqu'à 8 heures par jour, un travail adapté à ses limitations fonctionnelles (travaux légers, alternance des postures de travail, contraintes liées à la charge de travail moyenne).

L'OAI a proposé le 16 décembre 2019 une aide au placement à l'assuré, que celui-ci a déclinée le 13 février 2020, estimant ne pas se sentir apte à reprendre une activité professionnelle.

Le Dr G._____, médecin d'arrondissement à la CNA, a examiné l'assuré le 16 décembre 2019. Dans son rapport du 23 décembre 2019, il a posé les diagnostics de fracture C4 - A3 et de TCC [traumatisme crânio-cérébral] et fait l'appréciation suivante du cas :

« Ouvrier dans les canalisations, droitier, âgé de 42 ans qui, il y a un peu plus d'une année, fait une chute alors qu'il travaillait à l'assainissement de canalisations, chute d'environ 5 mètres entraînant une brève perte de connaissance. Hospitalisation pendant 4 jours au CHUV où un bilan exhaustif a été réalisé. Il a mis en évidence une fracture C4 A3, il s'agit d'une fracture du mur antérieur sans atteinte postérieure, absence de troubles neurologiques. Le diagnostic de TCC est aussi mis en évidence, sans lésion intracrânienne. Traitement conservateur de la fracture de C4 par minerve rigide pendant 2 mois. Un bilan fonctionnel du rachis cervical est réalisé à 2 mois qui est rassurant et qui ne montre pas d'instabilité au niveau de la colonne cervicale. Le traitement conservateur est poursuivi avec une minerve mousse qu'il a de la peine à quitter. Actuellement, met encore sa minerve mousse le soir, mais de moins en moins régulièrement.

Les douleurs sont toujours présentes, elles sont cotées systématiquement à 6-7/10, elles sont exacerbées lors des prises de charges lourdes supérieures à 15 kg. A pu reprendre la conduite mais ne peut rester dans des positions de mouvements de rotation, d'inclinaison longtemps.

Il décrit également [...] [l'apparition] lorsqu'il marche plus de 2km de paresthésies diffuses des MS [membres supérieurs] remontant jusqu'aux coudes sans dermatome précis.

A l'examen clinique, l'assuré parlant relativement bien français, est collaborant.

Présence d'une raideur de la nuque discrète, en flexion et extension, qui permet cependant de porter la tête au-dessus de l'horizon, les rotations sont à peine limitées. Il note cependant une douleur lors de ces mouvements extrêmes qui peuvent être considérés comme normaux.

Le reste du status est normal, en particulier neurologique avec une force aux MS tout à fait correcte, un équilibre aux appuis unipodaux, une absence d'atteinte centrale avec un Glasgow à 15, une bonne orientation dans le temps et l'espace.

L'état peut être considéré comme stabilisé.

L'exigibilité en tant qu'installateur dans l'assainissement de canalisations n'est plus donnée en raison de la lourdeur de l'activité.

Les limitations fonctionnelles sont :

- Le port de charges lourdes supérieures à 15 kg de manière régulière ou le port de charges extrêmement lourdes supérieures à 30 kg même de manière unique.

- Les situations nécessitant un travail de force des MS sont également à éviter.

Les activités tenant compte des limitations fonctionnelles sont exigibles, tant en temps qu'en rendement, sans limitation.

(...) ».

Le Dr M. _____ a envoyé son patient en consultation auprès d' [...], où il a été reçu par la Dre O. _____, spécialiste en médecine interne et en thérapie neurale. Dans son rapport du 22 juin 2020, elle a relevé ce qui suit :

« La symptomatologie de Monsieur P. _____ correspond probablement à un déséquilibre de la statique avec entorse cervicale et une sursollicitation de la musculature comme moyen de compensation. En regard de l'anxiété que cela génère chez le patient, nous lui avons expliqué encore une fois les mécanismes physiopathologiques et la « non nécessité » d'une intervention afin de le rassurer. Il souhaiterait éviter tout traitement médicamenteux p. os ainsi que tout traitement à base d'injections en lien avec une « phobie des aiguilles ». Nous lui avons proposé une séance de TENS et Physiokey afin de lui enseigner l'utilisation de l'appareil. Le patient semble positif par rapport à ce traitement qu'il pourra continuer à domicile en même temps que la poursuite de la physiothérapie.

Monsieur P. _____ nous a également mentionné le souhait d'avoir un 2ème avis neurochirurgical à la consultation du Dr. Med Y. _____, ce que nous avons organisé sur documentation sans la présence du patient. Au vu de tout ce qui a déjà été investigué et entrepris, le Dr. Y. _____ est du même avis que ses collègues, pour lui, il n'y pas d'indication à une intervention. Par contre il pense qu'un séjour à la Clinique SUVA en réhabilitation pourrait être bénéfique pour le patient. Nous vous laissons le soin d'en discuter avec Monsieur P. _____.

Nous avons également proposé l'introduction d'un antidépresseur à but antalgique et anxiolytique tel que la Venlafaxine, mais Monsieur P. _____ préfère encore attendre. Nous pourrions encore, si cela est nécessaire, coupler le TENS avec l'application d'aimants durant la journée ce qui, parfois, s'avère utile dans les douleurs tendino-musculaires ».

A la suite de l'envoi de ce rapport, l'OAI a ré-interpellé l'assuré, afin que ce dernier lui indique en particulier s'il était actuellement suivi

par un spécialiste. L'intéressé a répondu par la négative à cette question le 22 juillet 2020.

Le 20 juillet 2020, la Dre O. _____ a écrit à la CNA ce qui suit :

« Suite à votre courrier du 16 juillet 2020, nous vous résumons ci-dessous la situation de santé de Monsieur P. _____.

Motif de la consultation : cervicalgies chroniques avec paresthésies irradiant dans les deux bras après fracture-tassement de C4 le 05.10.2018 traitée conservativement.

Diagnostic

05.10.2018 : fracture-tassement C4 (type A3 selon classification AO = sans atteinte périphérique et médullaire objectivable (consultation neurologique, examens radiologiques (IRM), consultation à l'unité de chirurgie spinale), TCC avec brève perte de connaissance.

Prise en charge : utilisation régulière d'un appareil TENS (2 à 3x/j) après une séance en cabinet afin de lui enseigner l'utilisation de l'appareil. Poursuite de la physiothérapie avec détente et renforcement musculaire ainsi que l'apprentissage de mouvements doux protégeant la colonne.

Anciens traitements : Dafalgan, Sirdalud, Laitea, Relaxane, physiothérapie.

Traitement actuel : Dafalgan en réserve max. 4x1g/j, poursuite de la physiothérapie, séances de neurostimulation électrique transcutanée avec un appareil TENS à domicile à raison de 2-3 séances de 30 min par jour (différents programmes possibles).

Actuellement nous n'avons pas prévu de nouveaux rendez-vous, le patient reprendra contact avec nous selon son besoin ».

La CNA a soumis le rapport de la Dre O. _____ à son médecin-conseil, qui a notamment estimé que des traitements supplémentaires ne pourraient plus améliorer la situation de l'assuré.

Dans son rapport à la CNA du 20 juillet 2020, le Dr M. _____ a relevé qu'un séjour à la Clinique romande de réadaptation pourrait être bénéfique à son patient.

Le 15 octobre 2020, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle lui verserait des indemnités journalières jusqu'au 31 janvier 2021, dans la

mesure où, selon l'appréciation de son médecin-conseil et les rapports médicaux dont elle disposait, des traitements supplémentaires ne devaient pas entraîner d'amélioration significative de son état de santé.

L'OAI a fait savoir à l'intéressé le 23 octobre 2020 qu'il entendait lui refuser le droit à la rente et aux mesures d'ordre professionnel, dès lors qu'à l'échéance du délai d'attente d'un an à la suite de l'incapacité de travail survenue le 5 octobre 2018, son incapacité de travail était totale dans son activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée, et ce, depuis juin 2019. La comparaison des revenus mettait en évidence un préjudice économique de 11,06%, avec un revenu sans invalidité de 67'600 fr., un revenu d'invalidé de 60'123 fr., et un abattement de 10%, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente et aux mesures d'ordre professionnel.

Le 11 novembre 2020, le Dr M._____ a reproché au médecin d'arrondissement de la CNA d'avoir clôturé le dossier de l'assuré sans s'être entretenu avec lui ni l'avoir examiné ces derniers mois. Il semblait en outre n'avoir pas tenu compte de son rapport intermédiaire du 20 juillet 2020 dans lequel il mentionnait que le pronostic sur le plan professionnel n'était pas favorable sans un séjour en réhabilitation à la CRR. Le Dr M._____ a rappelé que le Dr Y._____ partageait cette position et que l'assuré souhaitait également être évalué par la CRR.

Dans un rapport du 4 janvier 2021, le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès de la CNA, a écarté les griefs du Dr M._____, en estimant que l'état de santé de l'assuré avait été évalué à satisfaction par les médecins du CHUV, par le Dr N._____ ainsi que par le Dr Y._____, lequel partageait l'avis de ses confrères relatif à l'absence d'indication pour une intervention. Le fait que le Dr Y._____ soit favorable à un séjour de réadaptation ne contredisait pas le constat selon lequel l'état de santé de l'assuré était stabilisé au moment de l'examen final réalisé par le Dr G._____.

Par décision du 8 février 2021, confirmée sur opposition le 19 mai 2021, la CNA a refusé d'allouer une rente, faute de diminution de la capacité de gain due à l'accident, arrêtant quant à elle le préjudice économique à - 2%, compte tenu d'un revenu sans invalidité de 68'900 fr. et d'un revenu d'invalidité de 70'166 francs. L'assuré a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui l'a instruite sous la référence AA 76/21.

Désormais représenté par l'avocat Sébastien Pedroli, l'assuré a fait part de ses objections au projet de décision de l'OAI le 19 février 2021, en faisant pour l'essentiel valoir que ses importantes limitations fonctionnelles l'empêchaient d'exercer une quelconque activité, et qu'il devait quoi qu'il en soit pouvoir bénéficier de mesures de réadaptation. Il a allégué encore que son état s'était détérioré avec le temps, et qu'une nouvelle expertise pluridisciplinaire devait dès lors être mise en œuvre.

Par décision du 26 février 2021, l'OAI a confirmé son projet du 23 octobre 2020. Était joint un courrier du 25 février 2021, dans lequel l'OAI a observé qu'après analyse du dossier, la capacité de travail était bien entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

B. Par acte du 14 avril 2021, P._____, toujours représenté par Me Pedroli, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi d'une rente complète à partir du 23 mars 2019. Le recourant se prévaut pour l'essentiel des arrêts de travail qui ont été établis par ses médecins, notamment par le Dr M._____. Il ajoute que l'avis du médecin de la CNA ne saurait être suivi sans autre mesure d'investigation, faisant grief à l'OAI de s'être fondé sur son rapport « peu, voire pas du tout développé », alors qu'il n'équivaut pas à une expertise, estimant dans ce cadre que son droit d'être entendu a été violé. A titre de mesures d'instruction, il requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 19 avril 2021.

Dans sa réponse du 17 mai 2021, l'intimé a préavisé pour le rejet du recours et le maintien de la décision litigieuse. Il a rappelé que l'instruction de la cause, en particulier le dossier produit par le CNA, démontrait que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Les appréciations des médecins traitants avaient été prises en compte dans le cadre de l'évaluation de la CNA et il n'existait pas d'éléments médicaux allant dans le sens d'une capacité de travail résiduelle inférieure à celle retenue, de sorte que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire paraissait injustifiée.

Le 7 juillet 2021, le recourant a réitéré sa requête d'expertise pluridisciplinaire.

Le 19 juillet 2021, il a adressé au tribunal un rapport du 3 juin 2021 du Dr M. _____, à la teneur suivante :

« Le médecin soussigné atteste que le patient susmentionné souffre d'importantes douleurs de la nuque suite à une fracture cervicale C4, sans atteinte périphérique et médullaire objectivable (consultation neurologique et examens radiologiques). Il se plaint également de paresthésies dans les membres supérieurs, non objectivables.

La rotation de la tête est limitée par la douleur.

La palpation de la région cervicale est sensible jusqu'à l'occiput avec une contracture musculaire para-vertébrale cervicale bilatérale.

Le patient présente également un état anxio-dépressif en relation avec ses douleurs chroniques ainsi qu'un désarroi quant au fait que la SUVA le considère apte à travailler à 100%. Ces problèmes émotionnels aggravent fort probablement les contractures musculaires et les douleurs ».

E n d r o i t :

cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

4. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

b) A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

5. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2).

b) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de

preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a).

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

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. Sur le plan formel, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, en tant que l'OAI n'aurait pas mis en œuvre une expertise dans son cas.

a) La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chaque personne de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 146 IV 218 consid. 3.1.1 ; 142 II 218 consid. 2.3 ; et références citées).

Le droit d'être entendu comprend également le droit pour toute partie de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 130 II 425 consid. 2.1).

b) En l'occurrence, tel qu'il est formulé, le grief de l'assuré, en tant qu'il porte sur le refus de mettre en œuvre une expertise, se confond avec celui de violation du droit, respectivement celui de constatation manifestement inexacte (y compris arbitraire) ou incomplète des faits pertinents. Tel est également le cas du reproche concernant l'absence de valeur probante du rapport du 23 décembre 2019 du Dr G. _____ de la CNA. Ces questions seront donc examinées avec le fond du litige.

7. Le recourant soutient pour l'essentiel qu'il n'est pas en mesure de travailler, du moins pas à 100%, en se prévalant des certificats d'incapacité de travail qui ont été établis par ses médecins et ceux de la CNA.

Or, s'il est admis que le recourant ne peut plus exercer son activité habituelle, il peut toutefois exercer une activité adaptée, à plein temps. Ce constat se fonde sur l'examen du Dr G. _____ du 16 décembre 2019, et le rapport y relatif, du 23 décembre 2019, lequel remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Le Dr G. _____ y a en effet pris note des déclarations du recourant, ainsi que de ses plaintes. Il a résumé son dossier, décrit son anamnèse, puis a procédé à un examen complet, à l'issue duquel il a posé les diagnostics de fracture C4 A3 et de traumatisme craniocérébral. Le Dr G. _____ a constaté la présence d'une raideur de la nuque discrète, en flexion et extension, qui permettait cependant de porter la tête au-dessus de l'horizon, les rotations étant à peine limitées. L'examiné notait toutefois une douleur lors de ces mouvements extrêmes, qui pouvaient être considérés comme normaux. Le reste du status était normal, en particulier neurologique, avec une force aux membres supérieurs tout à fait correcte, un équilibre aux appuis unipodaux, une absence d'atteinte centrale avec un Glasgow à 15, et une bonne orientation dans le temps et l'espace. Pour le Dr G. _____, l'état était stabilisé. Cependant, vu la lourdeur de l'activité habituelle d'installateur dans l'assainissement de canalisations, celle-ci n'était plus exigible. Par contre, les activités respectant les limitations fonctionnelles (port de charges lourdes supérieures à 15 kg de manière régulière ou port de charge extrêmement lourdes supérieures à 30 kg même de manière unique, situations nécessitant un travail de force des membres supérieures) étaient exigibles, sans baisse de rendement. Ce rapport est bien étayé, clair, et dénué de contradiction. Il n'est par ailleurs pas remis en cause par d'autres éléments. Au contraire, il rejoint les constatations du Dr M. _____ dans son rapport du 15 novembre 2019, qui a lui aussi fait état de plaintes douloureuses lors du soulèvement de charges « à son travail » [réd. : d'aide-monteur], soit de charges lourdes. Dans son rapport du 3 juin 2021, le Dr M. _____ n'a en outre pas fait état

d'éléments nouveaux qui auraient été ignorés par le Dr G._____. En particulier, les douleurs au niveau de la nuque ont été prises en considération, étant relevé que le Dr M._____ a bien noté l'absence d'atteinte périphérique et médullaire *objectivable*. Finalement, dans son rapport du 3 juin 2021, le médecin traitant a fait état d'une rotation de la tête limitée par la douleur, et d'une palpation de la région cervicale sensible jusqu'à l'occiput, avec une contracture musculaire paravertébrale cervicale bilatérale : or, ces constats sont compatibles avec les limitations fonctionnelles retenues par l'OAI, qui sont identiques à celles évoquées par la CNA. Pour le surplus, l'appréciation faite par la Dre O._____ dans son rapport du 22 juin 2020 ne remet pas non plus en doute celle du médecin d'arrondissement de la CNA. Cette thérapeute ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant, et constate, comme les autres intervenants médicaux, qu'il n'y a pas d'indication à une intervention. La seule présence au dossier de certificats d'incapacité de travail établis par le médecin-traitant ne permet au demeurant pas de remettre en cause l'appréciation dûment étayée de la CNA, sur laquelle l'OAI s'est fondé.

Pour le surplus, le Dr M._____ estime dans son rapport du 3 juin 2021 que le recourant présente un état anxiodépressif en relation avec ses douleurs chroniques et un désarroi quant au fait que la CNA le considère apte à travailler. Toutefois, cette allégation est isolée. S'il est exact que la Dre O._____ a aussi évoqué, dans son rapport du 22 juin 2020, la possibilité de l'introduction d'un antidépresseur, il était question que celui-ci soit à but antalgique, et anxiolytique, sans qu'un état dépressif ne soit évoqué. Spécifiquement interpellé sur le point de savoir s'il était suivi par un spécialiste à la suite du courrier de la Dre O._____ mentionnant qu'il avait été question de l'introduction d'un antidépresseur, le recourant a répondu par la négative. Il n'est fait pour le surplus aucune mention d'un potentiel état dépressif avant le rapport du 3 juin 2021 du Dr M._____. Ce rapport, qui est postérieur à la décision attaquée, décrit une nouvelle atteinte à la santé de l'assuré, qui pourra faire l'objet d'une nouvelle décision administrative si elle est de nature à modifier l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1, 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017

consid. 2), étant constant que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue.

Enfin, lorsque le dépôt d'une demande AI est motivé par un événement accidentel, l'OAI n'est pas tenu de procéder à des investigations complémentaires, si les éléments du dossier de l'assureur-accident lui permettent de statuer en connaissance de cause. En l'occurrence, le recourant n'élève aucun grief contre l'instruction menée par la CNA, se limitant à plaider que les certificats d'incapacité établis en procédure sont propres à retenir qu'il n'est pas en mesure de travailler à plein temps. Or, ainsi qu'on l'a vu, si tel est le cas dans son activité habituelle d'aide-monteur dans une équipe d'assainissement, il en va autrement dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Pour le surplus, et dès lors que l'instruction a permis d'établir que son état était stabilisé depuis juin 2019 - du moins aucun médecin n'a-t-il fait état d'une aggravation postérieurement à cette date - la CNA, respectivement l'OAI, n'étaient pas tenus d'organiser un séjour à la CRR, ni de mettre en œuvre de nouvelles mesures d'instruction.

C'est dès lors à juste titre qu'une capacité de travail entière a été retenue dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. La comparaison des revenus - contre laquelle le recourant ne soulève au demeurant aucun grief - conduit à un préjudice économique de 11%, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente et aux mesures d'ordre professionnel.

8. A titre de mesure d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire.

A cet égard, et comme expliqué plus avant, les éléments au dossier sont convergents et suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à requérir un complément d'instruction sous la forme d'une telle expertise. Par conséquent, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger

une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (cf. consid. 6a supra).

9. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 600 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) S'agissant du montant de l'indemnité due au conseil d'office, elle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 al. 1 du règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile [RAJ ; 211.02.03]). En l'espèce, selon la liste des opérations communiquée le 22 septembre 2021, Me Pedrolì a chiffré à 425 minutes le temps consacré au dossier du recourant. Les opérations effectuées étant justifiées, l'indemnité de Me Pedrolì est arrêtée à 1'441 fr. 85, TVA par 103 fr. 10 et débours par 63 fr. 75, compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

**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 26 février 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité de Me Sébastien Pedroli, conseil d'office de P._____, est arrêtée à 1'441 fr. 85 (mille quatre cent quarante et un francs et huitante-cinq centimes), TVA et débours compris.
- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Sébastien Pedroli, avocat (pour P. _____),
- 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 :