

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 août 2022

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Gutmann, assesseur  
Greffière : Mme Lopez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Marc-Aurèle Vollenweider,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** N.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1973, ayant travaillé en dernier lieu en tant qu'ouvrier dans la construction, a déposé le 10 janvier 2018 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en signalant une incapacité de travail depuis le 29 juin 2017 et, comme atteinte à la santé, une hernie discale et des fourmis dans le bras gauche.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a recueilli le dossier de l'assurance perte de gain de l'employeur comportant notamment un rapport du 31 octobre 2017 du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie au C.\_\_\_\_\_, faisant état de lombosciatalgies gauches, d'un minime déficit L5 gauche visible à la marche sur les talons et d'une hernie discale L5-S1 foraminale et extraforaminale comprimant L5 gauche. Des infiltrations avaient été proposées à l'assuré et le Dr D.\_\_\_\_\_ pensait qu'une reconversion professionnelle s'imposait.

Dans un rapport du 23 novembre 2018 à l'OAI, le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'hernie L5-S1 gauche foraminale et extraforaminale, de cervicobrachialgies gauches C6-C7, et d'antécédents de traumatisme crânio-cérébral, mentionnant par ailleurs une hospitalisation du 31 août au 4 septembre 2003 pour tassement de L1-L2 et fracture de la tête du péroné gauche. Il a attesté d'une capacité de travail nulle du 29 juin au 16 juillet 2017, de 50% dans des travaux légers du 17 juillet au 24 septembre 2017, puis à nouveau nulle depuis le 25 septembre 2017. Comme limitations fonctionnelles, il a mentionné « des douleurs lombaires +++ dès que le travail est lourd ». Une reprise du travail dans la dernière activité ne lui semblait pas possible et une réadaptation professionnelle devrait être discutée lorsque la problématique lombaire serait stabilisée par une intervention neurochirurgicale, la pose d'un stimulateur ayant été proposée à l'assuré.

Sur mandat de l'assurance perte de gain, une expertise neurochirurgicale a été réalisée le 16 mai 2018 par la Dre H.\_\_\_\_\_, neurochirurgienne au P.\_\_\_\_\_, qui a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgie chronique avec lombosciatalgie L5 gauche et de douleurs à l'avant-bras et à la main gauches d'origine indéterminée. Comme diagnostic différentiel, elle a mentionné un nerf cubital gauche avec un Tinel négatif au coude. Elle a conclu à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et à une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré, à savoir dans un travail sans port de charge de plus de 10-15 kg, sans position en porte-à-faux prolongée du tronc, accroupie ou à genou, ni en position debout statique, et permettant l'alternance des positions avec la possibilité de marcher. Une reprise du travail progressive était toutefois recommandée, d'abord à 50 %, puis à 100 % après un ou deux mois.

Dans un rapport du 15 février 2019, le Dr D.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI qu'il était consulté par l'assuré depuis le 31 octobre 2017 et que la dernière consultation était intervenue le 15 octobre 2018. Il a posé les diagnostics principaux d'hernie L5-S1 gauche foraminale et extraforaminale et d'atteinte L5 gauche chronique. Comme diagnostics secondaires, il a en particulier retenu un traumatisme crânio-cérébral (en 2000), une fracture du péroné gauche (en 2003), des fractures de L1 et L2 (en 2003) et une fibrillation auriculaire. L'assuré avait bénéficié d'un bloc facettaire L5-S1 gauche et périradiculaire L5 gauche le 8 novembre 2017, puis de blocs facettaires L5-S1 en juillet et octobre 2018, ainsi que d'une implantation de batterie de stimulateur médullaire dorsal le 14 février 2019. Comme restrictions, le Dr D.\_\_\_\_\_ a cité le port de charges inférieures à 10 kg, les positions assises et debout statiques continues limitées à une heure, les changements de position le plus souvent possible, le porte-à-faux le moins souvent possible, et les rotations dissociées des épaules et du bassin qui devaient être limitées au maximum. La marche était favorable, mais limitée par les douleurs. Il a également évoqué des troubles neuropsychologiques légers, une concentration et une mémorisation diminuées (problèmes multiples) et

une fatigabilité augmentée (problèmes multiples). Selon lui, la capacité de travail était nulle à long terme aussi bien dans la dernière activité que dans un métier adapté.

Sur questions complémentaires de l'OAI concernant la capacité de travail de l'assuré, le Dr D. \_\_\_\_\_ a établi le 14 mai 2019 un nouveau rapport, dont le contenu est identique à son précédent rapport, à l'exception de la mention d'une deuxième intervention réalisée le 21 février 2019 ayant consisté dans l'implantation d'une batterie de stimulateur médullaire dorsal.

Selon un compte-rendu d'une discussion entre le gestionnaire de l'OAI et la permanence du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) établi le 5 juin 2019, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle et d'au moins 50 % sur le plan médico-théorique.

Le 15 juillet 2019, le Dr G. \_\_\_\_\_ a complété un questionnaire intitulé « rapport médical détaillé », en mentionnant notamment que les symptômes actuels étaient des douleurs lombaires au bas du dos et dans la jambe gauche laquelle était faible. L'appareil antalgique améliorait un peu les douleurs lombaires mais pas complètement. Il a également signalé des troubles de l'acuité visuelle.

Il ressort d'un procès-verbal d'entretien du 19 novembre 2019 avec le gestionnaire de l'OAI qu'un stage, au taux de 50 % dans un premier temps avec une éventuelle augmentation progressive du taux de présence, a été évoqué avec l'assuré au vu des conclusions du SMR qui retenait une capacité de travail de minimum 50 % dans une activité adaptée, mais que l'assuré ne s'estimait pas en état d'effectuer un stage en raison de ses douleurs.

Dans un rapport du 13 mai 2020, le Dr G. \_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que les plaintes de l'assuré étaient les mêmes, soit des

fourmillements et des douleurs dans la cuisse et dans la jambe gauches l'empêchant de marcher sur de longues distances, des douleurs au bas du dos, ainsi que des douleurs et fourmillements au niveau de la main gauche et de l'avant-bras gauche. Ces troubles étaient améliorés par l'appareil antalgique lorsqu'on augmentait sa force mais ne disparaissaient pas. Les constatations objectives étaient identiques à celles de son précédent rapport de juillet 2019, à l'exception d'une prise de poids de 5 kg. Selon lui, la capacité de travail était nulle depuis le 25 septembre 2017 et il s'est référé à son rapport de juillet 2019 pour les raisons de cette incapacité.

Le 18 septembre 2020, l'assuré a été examiné par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie auprès du SMR, qui a posé les diagnostics suivants dans son rapport du 7 octobre 2020 :

« Avec répercussion durable sur la capacité de travail

Diagnostic principal

- CERVICOBRACHIALGIES G [GAUCHES] ET LOMBOSCIATALGIES G DANS LE CADRE DE TROUBLES STATIQUES ET DÉGÉNÉRATIFS DU RACHIS AVEC CANAL CERVICAL ÉTROIT, STATUS APRÈS FRACTURES TASSEMENTS DE L1, L2 ET SÉQUELLES DE MALADIE DE SCHEUERMANN.

Diagnosics associés

- SYNDROME ROTULIEN D [droit].

Sans répercussion sur la capacité de travail

- TROUBLES STATIQUES DES PIEDS AVEC HALLUX VALGUS BILATÉRAL DÉBUTANT ASYMPTOMATIQUES.
- AMYOTROPHIE DE LA CUISSE D DANS LE CADRE D'UN STATUS APRÈS PLAIE ET PERTE DE SUBSTANCE.
- STATUS APRÈS FRACTURE DU PÉRONÉ G.
- STATUS APRÈS TRAUMATISME CRANIO-CÉRÉBRAL.
- STATUS APRÈS FRACTURE DE LA CLAVICULE D.
- STATUS APRÈS LÉSION TRAUMATIQUE DE LA 3<sup>ÈME</sup> PHALANGE DU MAJEUR D.
- OBÉSITÉ AVEC BMI À 31,5. »

Il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes induites par les troubles au rachis et au membre inférieur : le soulèvement ou le port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, l'exposition aux vibrations, les mouvements répétés de flexion-extension de la nuque, la rotation rapide de la tête, la position prolongée en flexion ou extension de la nuque, les genuflexions répétées, le franchissement régulier d'escabeau, d'échelle ou d'escaliers, la position debout ou de marche de plus de 15 minutes, le travail en hauteur et la marche en terrain irrégulier, la possibilité d'alterner deux fois par heure la position assise et debout étant par ailleurs nécessaire. Il a conclu que la capacité de travail était nulle dans l'activité de manœuvre dans le bâtiment. En revanche, dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 80 %, par baisse de rendement liée aux limitations fonctionnelles, depuis le 21 mai 2019, soit trois mois après l'implantation de la batterie de stimulateur médullaire dorsal qui avait permis une certaine amélioration des douleurs. Des mesures d'ordre professionnel risquaient d'échouer selon lui car l'assuré ne se sentait pas capable de travailler et présentait trois signes comportementaux selon Waddell.

Par décision du 6 mai 2021, confirmant un projet de décision du 21 janvier 2021, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2018 au 31 août 2019, basée sur un degré d'invalidité de 100 %. Il a retenu que l'assuré avait présenté une incapacité de travail dans toute activité depuis le 25 septembre 2017, ce qui ouvrait le droit à une rente dès le 1<sup>er</sup> septembre 2018, soit à l'échéance du délai d'attente d'une année. Si l'incapacité de travail dans l'activité habituelle d'ouvrier de la construction prévalait toujours après mi-mai 2019, une capacité de travail de 80 % à compter de cette date lui était reconnue dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, ce qui entraînait un degré d'invalidité de 23,4 % qui n'ouvrait pas le droit à une rente, de sorte que la rente s'éteignait le 31 août 2019. Pour déterminer le degré d'invalidité, l'OAI a comparé un revenu de 64'018 fr. 50 que l'assuré aurait pu réaliser en 2019 dans son activité précédente selon les indications fournies par l'employeur à un revenu de 49'035 fr. 96 pouvant être réalisé au taux de 80 % dans une activité adaptée selon les données salariales statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2018, TA1\_tirage\_skill\_level, niveau de compétence 1, après indexation à 2019) et en tenant compte d'un abattement de 10 % sur le revenu avec invalidité au vu des limitations fonctionnelles et du taux d'occupation. L'OAI a par ailleurs nié le droit à des mesures d'ordre professionnel, estimant qu'aucune mesure professionnelle ne permettrait de réduire le préjudice économique. L'aide au placement ne se justifiait pas non plus dès lors que l'assuré s'estimait incapable de reprendre une activité professionnelle, l'OAI relevant à ce sujet qu'une aide au placement pouvait être demandée ultérieurement par l'assuré s'il le souhaitait.

**B.** Par acte du 4 juin 2021, N.\_\_\_\_\_, représenté par l'avocat Marc-Aurèle Vollenweider, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Il conteste l'appréciation de l'OAI sur sa capacité de travail résiduelle, estimant qu'elle est théorique et ne prend pas en compte sa situation réelle. Il critique également le revenu avec invalidité retenu par l'OAI, alléguant qu'il devrait correspondre à 60 % du montant qu'il réaliserait s'il était en bonne

santé, soit 38'570 fr. (60 % de 64'018 fr. 50). Il soutient également qu'un abattement de 25 % doit être opéré au vu de sa situation particulière.

Dans sa réponse du 15 juillet 2021, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

Dans sa réplique du 24 septembre 2021, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise tendant à la détermination de la capacité de travail exigible, du revenu sans invalidité, de son préjudice économique et de l'évolution future de sa capacité de travail. En substance, il allègue que l'appréciation du Dr J. \_\_\_\_\_ est partielle et n'offre pas les garanties d'indépendance nécessaires et que le calcul du revenu sans invalidité de l'intimé, en particulier la réduction de 10 % opérée en raison des limitations fonctionnelles et du taux d'occupation, ne repose sur aucun élément vérifiable.

L'intimé a maintenu sa position aux termes de sa duplique du 24 septembre 2021.

### **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.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

**3.** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> 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 6 mai 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).

**4. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si,

au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**c)** Les règles et principes jurisprudentiels relatifs à la révision du droit à une rente d'invalidité, au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, sont applicables lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression ou la modification de cette rente, respectivement octroie une rente pour une durée limitée (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 8C\_607/2015 du 3 février 2016 consid. 2). Aux termes de l'art. 17 LPGA, dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Dans ce contexte, lors de l'octroi d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, le moment déterminant pour effectuer la comparaison est, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, celui de la diminution ou de la suppression de la rente en application du délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3068 et les références citées ; TF 9C\_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1 et les références citées).

**d)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements

fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

**5. a)** 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).

**b)** 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).

**c)** On ajoutera que s'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, 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 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**6. a)** En l'espèce, l'intimé s'est basé sur les conclusions du Dr J.\_\_\_\_\_ pour retenir que le recourant avait présenté une incapacité de travail dans toute activité dès le 25 septembre 2017, puis que son état de santé s'était amélioré à partir de la mi-mai 2019 rendant ainsi exigible l'exercice d'une activité adaptée au taux de 80 % à compter de cette date. Il a par conséquent alloué une rente entière du 1<sup>er</sup> septembre 2018 au 31 août 2019, en tenant compte du délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI. Le recourant estime qu'il n'a pas retrouvé de capacité de travail.

**b)** Il convient tout d'abord de relever qu'au vu de la jurisprudence précitée (consid. 5b), l'avis du Dr J.\_\_\_\_\_ ne peut être écarté pour le seul motif qu'il travaille au SMR, et qu'en l'espèce rien ne laisse suspecter une partialité de la part de ce médecin.

Dans son rapport du 7 octobre 2020, le Dr J.\_\_\_\_\_ a relevé que le recourant avait développé en juin 2017 des douleurs lombaires irradiant à la face postéro-externe du membre inférieur gauche jusqu'au 5<sup>ème</sup> orteil avec blocage de ce membre, des douleurs et fourmillements du bras et de l'avant-bras gauche irradiant jusqu'aux trois derniers doigts gauches, ainsi que des cervicalgies. Le fait d'avoir bénéficié d'un

stimulateur médullaire en février 2019 avait permis une diminution des douleurs et le recourant signalait ne plus être réveillé la nuit, même s'il rencontrait des difficultés d'endormissement. Il mentionnait en outre un dérouillage matinal de quatre à cinq minutes. Toujours selon les indications du recourant, la position assise était limitée à 10 minutes par les lombalgies et la position debout était également restreinte à 10 minutes en raison de tremblements et de secousses du membre inférieur gauche. Le périmètre de marche était restreint à 15-30 minutes en raison des lombosciatalgies gauches et d'une fatigue. Les douleurs étaient cotées entre 5/10 et 6/10 et le recourant ne signalait pas de douleurs ailleurs (rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ du 7 octobre 2020, p. 4). Au status ostéoarticulaire et neurologique, le recourant déambulait avec une boiterie d'appui du membre inférieur droit dans la salle d'examen. La marche sur la pointe des pieds et les talons était possible, mais la marche sur les talons était un peu laborieuse. L'accroupissement était très discrètement limité, entraînant des douleurs de la face postérieure du genou gauche, et le relèvement se faisait sans aide extérieure. Le recourant présentait une amyotrophie de la cuisse droite. Le Dr J.\_\_\_\_\_ a constaté que le reste du status neurologique était parfaitement normal. Il n'y avait notamment pas de troubles des réflexes ni sensitivomoteurs au niveau des quatre membres. Il n'y avait par ailleurs pas de syndrome radiculaire, l'épreuve de Lasègue étant notamment négative des deux côtés, mais tout de même limitée à 70° par un raccourcissement des muscles ischio—jambiers et par des lombalgies. Au plan rachidien, le Dr J.\_\_\_\_\_ a relevé la présence de troubles statiques du rachis dorsolombaire. La mobilité lombaire était diminuée, mais il était noté la présence de trois signes comportementaux sur cinq selon Waddell. La mobilité cervicale était également un peu limitée, surtout aux latéroflexions cervicales. La mobilité des articulations périphériques était par contre bien conservée. La mobilisation de la hanche droite aux rotations entraînait des gonalgies droites. Le recourant présentait aussi un syndrome rotulien droit et des troubles statiques des pieds avec un hallux valgus bilatéral débutant. La manœuvre de Gaenslen était positive au niveau des deux mains, mais sans signe objectif pour une synovite ou pour une arthropathie inflammatoire périphérique. Le médecin du SMR

observait un status après lésion traumatique avec défaut cutané de la 3<sup>ème</sup> phalange du majeur droit et dystrophie unguéale. Il y avait également des douleurs à la palpation des deux sacro-iliaques, mais les manoeuvres de sacro-iliite étaient négatives. Le Dr J. \_\_\_\_\_ a pris connaissance du dossier radiologique à disposition qui mettait en évidence des troubles statiques et dégénératifs du rachis avec canal cervical étroit, des séquelles dystrophiques lombaires et un status après fracture tassement de L1-L2 post-traumatique (p. 7 du rapport). Le médecin du SMR a constaté certaines incohérences entre les douleurs alléguées par le recourant et les activités quotidiennes qu'il disait accomplir. Ce dernier signalait par ailleurs qu'il ne pouvait pas rester en position assise plus de dix minutes, alors qu'il avait pu rester assis sans gêne particulière pendant l'entretien qui avait duré une heure (p. 8 et 9 du rapport).

Sur la base de l'ensemble du dossier et de ses propres constatations, le médecin du SMR a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cervicobrachialgies et lombosciatalgies gauches dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec canal cervical étroit, de status après fractures tassement de L1-L2 et de séquelles de maladie de Scheuermann, ainsi qu'un syndrome rotulien droit comme diagnostic associé. Sans effet sur la capacité de travail, il a mentionné des troubles statiques des pieds avec un hallux valgus bilatéral débutant asymptomatique, une amyotrophie de la cuisse droite, ainsi que des status après fracture du péroné gauche, après traumatisme cranio-cérébral, après fracture de la clavicule droite, après lésion traumatique de la 3<sup>ème</sup> phalange du majeur droit, et une obésité. Il a fixé les limitations fonctionnelles suivantes : la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et debout, le soulèvement ou le port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, l'exposition aux vibrations, les mouvements répétés de flexion-extension de la nuque, la rotation rapide de la tête, la position prolongée en flexion ou extension de la nuque, les genuflexions répétées, le franchissement régulier d'escabeau, échelle ou escaliers, la position debout ou de marche de plus de 15 minutes, le travail en hauteur et la marche en terrain irrégulier. Il a conclu que la capacité de travail était

nulle dans l'activité de manœuvre dans le bâtiment. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 80 %, par baisse de rendement liée aux limitations fonctionnelles, depuis le 21 mai 2019, soit trois mois après l'implantation de la batterie de stimulateur médullaire dorsal qui avait permis une certaine amélioration des douleurs.

Il convient de relever que le Dr J.\_\_\_\_\_ a procédé à une anamnèse complète, reprenant les rapports médicaux versés au dossier, il a décrit le déroulement représentatif d'une journée type du recourant, a pris en compte les plaintes de l'intéressé, examiné ses ressources et ses limitations fonctionnelles, effectué un examen clinique, émis des constatations circonstanciées et a motivé ses conclusions. Son rapport peut ainsi se voir reconnaître une pleine valeur probante, étant précisé que son appréciation n'est pas sérieusement mise en doute par les opinions émises par les autres médecins consultés.

**c)** En particulier, l'expertise neurochirurgicale réalisée le 16 mai 2018 par la Dre H.\_\_\_\_\_ à la demande de l'assurance-perte de gain ne permet pas de retenir une capacité de travail inférieure à celle retenue par le Dr J.\_\_\_\_\_, l'experte ayant conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et ayant retenu des limitations fonctionnelles moins conséquentes que celles admises par le médecin du SMR.

Il en va de même de l'avis émis par le Dr D.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 15 février 2019, il a mentionné des limitations fonctionnelles et une incapacité de travail complète dans toute activité sans motiver son appréciation, de sorte que son avis ne peut pas être considéré comme probant, d'autant plus que la dernière consultation remontait au 15 octobre 2018 et que le recourant n'avait pas encore bénéficié de la pose du stimulateur médullaire dorsal lequel a permis d'améliorer les douleurs. Il en va de même de son rapport médical du 14 mai 2019, qui n'est pas davantage étayé. A noter que les limitations ostéoarticulaires évoquées par le Dr D.\_\_\_\_\_, qui au demeurant sont moindres que celles admises par le Dr J.\_\_\_\_\_, sont compatibles avec l'exercice d'une activité adaptée à celles-ci. Le Dr D.\_\_\_\_\_ fait aussi état d'une concentration et

d'une mémorisation diminuées, sans apporter la moindre précision à ce sujet. Quant à la fatigabilité augmentée qu'il évoque dans ses rapports, sans plus ample commentaire, il peut être noté que le Dr J.\_\_\_\_\_ a tenu compte de la fatigue évoquée par le recourant. Il peut être ajouté qu'en octobre 2017, avant la pose du stimulateur, le Dr D.\_\_\_\_\_ semblait penser qu'une reconversion professionnelle était possible, puisqu'elle s'imposait selon lui, ce qui rend moins compréhensible l'avis émis en 2019 selon lequel une activité adaptée ne serait pas possible alors que les douleurs du recourant étaient pourtant moindres qu'en 2017.

Les rapports du Dr G.\_\_\_\_\_ ne sont pas non plus de nature à mettre en doute les conclusions du médecin du SMR. En novembre 2018, une reconversion professionnelle lui semblait possible quand la problématique lombaire serait stabilisée par une intervention chirurgicale, évoquant à ce propos la pose d'un stimulateur. Dans un questionnaire du 15 juillet 2019, il a indiqué que cette intervention avait permis une amélioration des douleurs, mais que la pose de l'appareil n'était pas suffisante selon le recourant qui n'avait peut-être pas bien compris comment l'utiliser (réponses aux questions 3.2.1 et 6.1, p. 3 et 12 du questionnaire). Dans ce document, il s'est ensuite déterminé sur une longue liste de limitations fonctionnelles, sans vraiment étayer ses réponses. Sous les rubriques « déficience de la mémoire » et « troubles de la concentration » notamment, il a répondu par l'affirmative avec la mention « troubles mal définis » sans autre commentaire (p. 10 du questionnaire). Il y a lieu de constater que ces troubles ne sont ainsi pas motivés ni objectivés et que le Dr G.\_\_\_\_\_ semble simplement rapporter les plaintes de son patient. Les troubles de la vision évoqués par le médecin traitant n'ont pas empêché le recourant de travailler jusque-là et le Dr G.\_\_\_\_\_ ne prétend du reste pas que ces troubles seraient un obstacle à une reprise du travail. Dans ce questionnaire, il a mentionné que des travaux légers et/ou non-physiques étaient possibles, sans être en mesure de fournir des exemples de travaux ni le nombre d'heures exigibles (réponse à la question 7.1, p. 13). Dans ce même document, il a pourtant indiqué un peu plus loin qu'aucun emploi n'était possible (réponse à la question 7.3, p. 15). Vu les contradictions qu'il contient et

l'absence de motivation, ce document ne permet pas de s'écarter des conclusions étayées et convaincantes du Dr J.\_\_\_\_\_ lesquelles reposent sur des éléments objectifs. Il en va de même du dernier rapport du 13 mai 2020 du médecin traitant qui conclut toujours à une capacité de travail nulle, sans motiver sa réponse et en renvoyant à son précédent rapport de du 15 juillet 2019.

**d)** Précisons encore que le compte-rendu de la permanence du SMR établi le 5 juin 2019 ne contredit pas les conclusions du Dr J.\_\_\_\_\_, contrairement à ce que soutient le recourant. Par ailleurs, le grief selon lequel le médecin du SMR ne se serait pas déterminé sur une éventuelle évolution future de la capacité de travail du recourant n'est pas pertinent, l'intimé devant statuer sur la base de l'état de fait prévalant jusqu'à la date de la décision sans tenir compte d'une hypothétique évolution future de la capacité de travail.

**e)** En définitive, c'est à juste titre que l'intimé a reconnu une capacité de travail de 80 % depuis mi-mai 2019 sur la base du rapport du Dr J.\_\_\_\_\_.

**7.** Le recourant soutient que ses limitations fonctionnelles sont incompatibles avec un emploi et qu'aucun employeur n'accepterait de l'engager avec de telles restrictions.

**a)** La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b).

**b)** D'après la jurisprudence, il n'y a pas lieu de poser des exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain, au regard en particulier des postes permettant l'exécution de travaux peu exigeants du point de vue physique et sous l'angle des qualifications ou connaissances professionnelles requises. Restent ainsi exigibles une activité ou un poste de travail qui requièrent une certaine obligeance de la part de l'employeur, le marché du travail équilibré comprenant aussi de telles places de travail, dites "de niche" (TF 8C\_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les références citées).

**c)** La référence à un marché du travail équilibré ne permet pas de prendre en considération une capacité de gain lorsque les activités envisagées ne peuvent être exercées que sous une forme tellement restreinte qu'en dehors de toute considération d'ordre conjoncturelle, elles n'existent pratiquement pas sur le marché général du travail ou que leur exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu pour la personne concernée de trouver un emploi correspondant (TF 8C\_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 ; TF 9C\_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2 ; TF 9C\_941/2012 du 20 mars 2013 consid. 4.1.2 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 24 ad art. 7).

**d)** En l'occurrence, les limitations fonctionnelles retenues permettent l'accomplissement de toutes sortes de travaux légers. Dans la décision contestée, l'intimé a mentionné les possibilités existant dans le domaine industriel léger, tels que montage ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement, les tâches simples de surveillance, vérification ou contrôle ou encore les autres tâches consistant à approvisionner et à surveiller des machines ou des unités de production automatique ou semi-automatiques. Ces activités sont compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant, étant rappelé que la jurisprudence a admis que les possibilités de travail sur un marché du travail équilibré étaient suffisamment concrétisées lorsque de tels travaux

entraient en considération comme exemples d'activités exigibles (cf. notamment TF 8C\_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les nombreuses citées).

Il y a donc lieu d'admettre l'exigibilité à 80 % d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant.

**8.** Il convient à présent d'examiner le degré d'invalidité.

**a)** Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**b)** 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 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). 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).

**c) 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. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires

payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

**bb)** Lorsque la personne assurée 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 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

**cc)** 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 ; voir également TF 8C\_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). 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).

**dd)** La personne assurée 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 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

**d)** En l'espèce, le revenu sans invalidité n'est pas contesté, seul le revenu avec invalidité étant litigieux. Le recourant fait valoir un revenu d'invalidité correspondant à 60 % de son revenu sans invalidité, ce qui ne peut pas être le cas puisqu'une capacité de travail lui est reconnue dans une activité adaptée et non pas une diminution de sa capacité de travail dans son activité habituelle, laquelle n'est pas exigible. C'est donc à juste titre que l'intimé a fixé le revenu d'invalidité sur la base des données statiques provenant de l'ESS.

Le recourant requiert la prise en compte d'un abattement de 25 % au vu de sa situation particulière, sans motiver plus avant cette demande. L'abattement de 10 % opéré par l'intimé en raison des limitations fonctionnelles est tout à fait suffisant dès lors qu'il a déjà été tenu compte de l'impact des limitations fonctionnelles dans l'appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée, en particulier sur le taux d'activité retenu. D'ailleurs le recourant n'indique pas en quoi ce taux serait insuffisant. Pour le surplus, il ne ressort pas d'autre élément susceptible d'influer négativement sur les perspectives salariales du recourant pour les activités adaptées existantes.

C'est donc à juste titre que l'intimé a nié le droit à une rente au-delà du 31 août 2019, le degré d'invalidité du recourant n'atteignant pas le seuil de 40 %.

**9.** Il peut encore être relevé qu'au vu des circonstances du cas d'espèce, l'appréciation de l'intimé selon laquelle aucune mesure d'ordre professionnel ne serait susceptible de diminuer le dommage n'est pas critiquable, étant rappelé que le recourant s'était déclaré totalement incapable de travailler et que le Dr J. \_\_\_\_\_ estimait aussi que de telles mesures risqueraient d'échouer. Le recourant ne sollicite du reste pas d'être mis au bénéfice de mesures d'ordre professionnel.

**10. a)** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté, sans qu'il y ait lieu de compléter l'instruction, comme le requiert le recourant, par la mise en œuvre d'une expertise. En effet, le dossier est complet et

permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**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 de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

**c)** 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  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 6 mai 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 mis à la charge de N.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Marc-Aurèle Vollenweider (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :