

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 février 2022

---

Composition : M. NEU, président  
MM. Berthoud et Bidiville, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Aba Neeman, avocat à  
Monthey,

et

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

---

**Art. 6 s., 16 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 8 al. 1, 17 al. 1, 28 et 29 al.  
1 LAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** De nationalité kosovare, K. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né le [...]. Remarié, il est père de trois enfants (nés en [...], [...] et [...]). Il est entré en Suisse en [...]. Sans formation professionnelle, et titulaire d'une autorisation de séjour de type C, il travaillait depuis le 1<sup>er</sup> mars 1993 comme coffreur pour le compte de N. \_\_\_\_\_, à [...] (BE). Le 20 avril 1998, il a été victime d'une chute à la suite de laquelle il a présenté des incapacités de travail de longue durée. Dans le cadre du dépôt le 14 février 2000 d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de « vertiges suite à l'accident de travail du 20.04.1998 », l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> avril 1999, fondée sur un degré d'invalidité de 55 % (décision du 17 juillet 2002).

**b)** A l'occasion d'une procédure de révision entreprise en octobre 2009 il est ressorti que si l'état de santé de l'assuré était réputé stationnaire par son médecin traitant, ses revenus avaient pratiquement doublé dès 2008, ceci dans le cadre de la profession de coffreur exercée à plein temps au service de la société [...] Sàrl, puis auprès de l'entreprise [...] Sàrl dès le mois de juin 2010. Par décision du 28 octobre 2010, l'OAI a suspendu le versement de la demi-rente en faveur de son bénéficiaire jusqu'à droit connu sur l'issue de la procédure de révision. Par arrêt du 16 décembre 2010 (CASSO AI 412/10 - 499/2010 du 16 décembre 2010), le juge unique de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours formé le 29 novembre 2010 par l'assuré et confirmé la décision de suppression temporaire de rente rendue par l'OAI le 28 octobre 2010.

Par décision du 17 octobre 2013, l'OAI a supprimé la demi-rente d'invalidité avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2008 au motif du non-respect par l'assuré de l'obligation de renseigner sur la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2008 au 31 octobre 2010 (soit la date de la suspension provisoire de la prestation). Dans un second temps, l'OAI a demandé à

l'assuré de restituer les prestations indues sur la période précitée à hauteur d'un montant total de 26'504 francs (décision de restitution du 14 novembre 2013).

**c)** Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2018, K. \_\_\_\_\_ a travaillé en qualité de coffreur, à plein temps, au service de l'entreprise [...] SA, à [...]. Le 12 décembre 2018, l'assuré a été victime d'un accident de chantier lors duquel il a chuté sur la fesse droite après avoir reçu des poutrelles sur le crâne alors qu'il était porteur du casque de sécurité. Dans les suites de cet accident professionnel, il a présenté des dorsalgies sur status post-fracture tassement de D5, une discopathie dégénérative D7-D8, des discopathies dégénératives C3-C4, C4-C5, C5-C6, C6-C7 et C7-D1 avec signes de Modic de type I en C3-C4, C5-C6 et C7-D1 ainsi que des lombalgies chroniques (rapport d'IRM du rachis cervico-dorsal du 27 février 2019 de la Dre S. \_\_\_\_\_, radiologue ; rapport du 5 novembre 2019 du Prof. M. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Le 7 octobre 2019, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour adultes (mesures professionnelles/rente) en indiquant quant au genre de l'atteinte à la santé « fracture du dos et grosses douleurs » existant depuis l'accident professionnel du 12 décembre 2018.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande de prestations, l'OAI s'est vu communiquer le dossier de l'assuré constitué par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) dont il ressort un compte-rendu d'entretien du 21 juin 2019 entre un inspecteur de l'assureur-accidents et l'assuré qui a eu lieu au domicile de ce dernier, dont on extrait notamment le passage suivant :

“[...] L'assuré reprend le travail à 50% le 14.02.2019 mais il doit s'arrêter le jour même à cause d'une douleur au milieu des omoplates. Un nouvel essai débute le 05.03.2019 et il tient cette fois deux mois et demi. Il restait toute la journée sur le chantier et

s'arrêtait de travailler quant il avait trop mal. Il faisait son travail habituel.

Le 21.05.2019, il était occupé au décoffrage d'une dalle en hauteur et travaillait la tête relevée. A 9h du matin, les tiraillements entre les deux omoplates l'ont obligé à s'arrêter. Il se rend le jour même chez le Dr A. \_\_\_\_\_ qui le reconnaît inapte au travail à 100%.

L'évolution est estimée comme lentement favorable. Il a pu reprendre à 50% le 17.06.19.

Les difficultés actuelles sont celles de devoir travailler soit avec la tête relevée, soit baissée. Il a aussi des difficultés à porter des charges. Les sensations sont des tiraillements qu'il ressent pratiquement au quotidien entre les deux omoplates. Les douleurs le réveillent toutes les nuits vers 2 ou 3h du matin. Il est obligé de prendre deux ou trois Dafalgan toutes les nuits. Il en prend également un le matin en partant au travail.

Il ressent encore quelques douleurs à la fesse droite et au dos mais ça ne l'empêche pas de travailler.

Le traitement de physiothérapie se poursuit lors duquel on lui fait des massages.

La prochaine consultation médicale est prévue le 23.07.19 avec le Drl. \_\_\_\_\_.

Le travail de chantier est difficile et il ne sait pas s'il pourra retravailler à 100% dans cette entreprise. Le problème est qu'il doit être apte à faire un peu de tout et tous les travaux sont lourds. [...]"

Par communication du 11 février 2020, l'OAI a indiqué à l'assuré que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables pour l'instant et que l'instruction de sa demande de prestations se poursuivait.

Du dossier actualisé constitué par la CNA, il ressort que l'assuré a séjourné, du 12 février au 10 mars 2020, au sein du service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Clinique romande de réadaptation (CRR) de Sion. Dans leur rapport de sortie du 18 mars 2020, les Drs L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et E. \_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin-assistant, ont posé les diagnostics suivants :

"DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Le 12.12.2018 traumatisme avec :

- tassement léger du plateau supérieur de D5 œdème du corps de C3 sans perte de hauteur (IRM 27.02.2019)
- Discarthrose multi-étagée C3-C7 et de D2-10 avec réactions Modic 2 des plateaux de C5-C6, C7-D1 et D7-D8

#### DIAGNOSTICS SECONDAIRES

- Consommation chronique d'OH [alcool]
- HTA [hypertension artérielle]
- Traumatisme crânien léger en 1998 sans séquelle neuropsychologique
- 2009 : précordialgies sans modification à l'ECG [électrocardiogramme]

#### ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

En lien avec la problématique actuelle

- Nihil

Autres

- Nihil

#### ANTECEDENTS MEDICAUX

- Lombalgies chroniques
- Tabagisme à 30 UPA
- Obésité grade I (BMI [Body Mass Index] 31,8 kg/m<sup>2</sup>)

#### ALLERGIES

- Pas d'allergie médicamenteuse ni alimentaire connue."

La rubrique intitulée « appréciation et discussion » du rapport des médecins spécialistes de la CRR se termine comme suit :

“Pendant le séjour, le patient a suivi les prises en charges ci-dessous :

- x physiothérapie
- x mini-ECF
- x psychosomatique
- x ateliers professionnels
- x neuropsychologique
- x service social

Le traitement antalgique a été renforcé durant le séjour avec du Brufen 40 mg 3x/24h et du Dafalgan 1g 3x/24h d'office. Ainsi le patient a pu pleinement participer aux thérapies.

L'évolution subjective et objective est favorable (cf. rapports et tests fonctionnels).

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

Aucune incohérence n'a été relevée.

En fin de séjour, le patient a eu une évaluation des capacités fonctionnelles (version courte). Au HFS/PACT, le score de 140 atteint par le sujet correspond à l'appréciation par le patient de pouvoir réaliser des activités exigeant un niveau d'effort léger. Au vu des résultats réalisés au cours de l'évaluation, on peut relever que le sujet sous-estime considérablement ses aptitudes fonctionnelles. La volonté de donner le maximum aux différents tests a été considérée comme réelle. Le niveau de cohérence pendant l'évaluation a été élevé. Au terme de l'évaluation, le terme d'effort fourni par le sujet correspond à un niveau d'effort moyen selon le DOT avec charges allant de 15 à 25 kg.

Au cours du séjour, le patient a été suivi par nos ateliers professionnels où il a travaillé sur des périodes allant jusqu'à 4 heures consécutives. Il a effectué des activités avec un niveau d'effort moyennement lourd (15-25 kg). La participation fut jugée bonne. Les activités à un niveau moyen d'intensité et respectant ses limitations fonctionnelles sont tolérées. Dès qu'il doit soulever des charges lourdes ou mobiliser son tronc dans des postures peu ergonomiques, le patient est en difficulté.

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues : port de charge supérieure à 20 kg, port de charge répété supérieure à 15 kg, activités nécessitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, flexion et torsion répétées du tronc.

La situation est stabilisée du point de vue médical. La poursuite d'un traitement physiothérapeutique en ambulatoire permettrait de poursuivre le reconditionnement physique du patient et de maintenir les acquis.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de la réinsertion dans l'ancienne activité est partiellement favorable. La poursuite à 50% comme il le faisait comme coffreur paraît difficilement envisageable malgré l'insistance du patient de poursuivre dans ce secteur. Il existe selon nous un important degré d'incertitude sur l'endurance physique et un risque important d'absence pour l'employeur.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est favorable. Les échanges et observations faites aux ateliers professionnels font ressortir des ressources à faire valoir chez M. K. \_\_\_\_\_ dans une activité à pleine capacité. En fin de séjour il est ouvert à une réflexion sur son avenir professionnel. Néanmoins, les différents facteurs contextuels, notamment la limite linguistique, l'absence de formation et l'âge du patient prétéritent le potentiel de réinsertion sur le marché de l'emploi.

[...]

## INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE COFFREUR

- 100% du 12.02.2020 au 10.03.2020
- 50% du 11.03.2020 au 12.04.2020 dans l'ancienne activité
- 0% dès le 11.03.2020 dans une profession adaptée aux limitations fonctionnelles.

## TRAITEMENT A LA SORTIE

### Médicaments :

AMLODIPINE 5 MG SANDOZ ECO CPR - 0 - 0 - 1 - 0 cpr,\* per os  
BECOZYM FORTE DRAG - 1 - 0 - 0 - 0 drag,\* per os  
BENERVA 300 MG CPR - 1 - 0 - 0 - 0 cpr,\* per os  
BRUFEN 400 MG CPR PELL - 1 - 1 - 1 - 0 cpr,\* per os  
DAFALGAN 1 G CPR PELL - 1 - 1 - 1 - 0 cpr,\* per os  
LISINOPRIL AXAPHARM 20 MG CPR - 1 - 0 - 0 - 0 cpr,\* per os  
NEXIUM MUPS 40 MG CPR - 1 - 0 - 0 - 0 cpr,\* per os  
Physiothérapie, ETH 2x/semaine

### CONSULTATIONS OU EXAMENS PREVUS A LA SORTIE :

- Suivi habituel auprès de son médecin traitant et suivi de la TA [tension artérielle] et de la consommation d'OH chronique."

En annexe au rapport de la CRR du 18 mars 2020 figuraient notamment les pièces suivantes :

- un rapport du 20 février 2020 relatif à une échographie de l'abdomen complet du 17 février 2020 qui a montré un foie remanié diffusément hyperéchogène, sans hépatomégalie ni signe d'hypertension portale ainsi qu'un échodoppler rénal dans les limites de la norme ;

- un rapport de consultation de neuro-rééducation du 20 février 2020 dans lequel le Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a fait les constatations et pris les conclusions suivantes sur le cas de l'assuré :

"[...] A l'examen clinique de ce jour

Le patient est ponctuel, orienté, collaborant, avec une compréhension du français partielle nécessitant l'aide d'un interprète.

Concernant les paires crâniennes : pas de trouble olfactif, pas d'amputation du champs visuel, oculomotricité sans limitation, avec un nystagmus droit. Motricité et sensibilité faciale préservées.

Weber centré, Rinne positif ddc [des deux côtés]. Motricité et sensibilité longuo-pharyngée conservées. Motricité trapèze et sterno-cléido-mastoïdien conservée et bilatérale.

Rachis mobile indolore.

Voies longues : motricité conservée aux 4 membres.

Sensibilité : thermo-algique conservée, sensibilité épi-critique perturbée avec une pallesthésie à 4/8 en distalité aux MI [membres inférieurs] et MS [membres supérieurs], 4/8 au niveau de la tubérosité tibiale antérieure et des épine[s] iliaques antéro-supérieurs.

Réflexes : présents et symétriques aux MS, Hoffman négatif, abolis aux 2 MI en rotulien et en achilléen avec réflexe cutané-plantaire en flexion.

Epreuves fonctionnelles : Romberg latéralisé en postérieur gauche, avec déviation des index à droite et déviation pathologique à droite à l'épreuve de marche de Fukuda. Ataxie proprioceptive aux 4 membres avec tremblements fins des extrémités dans l'épreuve des bras tendus. La marche funambulesque est impossible, avec embardée à droite, l'appui unipodal est tenu moins de 10 secondes à gauche comme à droite.

L'examen rhumatologique n'a pas été refait ce jour.

#### Synthèse et appréciation

Patient victime de 2 TCC consécutifs en 1998 et 2018 avec perte de connaissance lors du premier TCC, et séquelles vertigineuses bilantées antérieurement dont nous n'avons pas [les] résultats dans le dossier actuel.

Actuellement, la persistance de la symptomatologie vertigineuse fait évoquer en premier lieu une origine vestibulocochléaire plus ou moins associée à une hypotension orthostatique avec une voile noire devant les yeux lors de la verticalisation. Il conviendra donc de recupérer l'avis ORL du CHUV, réalisé dans les suites du premier TCC, de réaliser un test Schellong et d'orienter le patient vers une rééducation vestibulaire durant son séjour.

Le reste de l'examen neurologique est en faveur d'une ataxie proprioceptive sur une probable neuropathie longueur dépendante dans le contexte d'éthylisme. Un bilan de carence vitaminique est préconisé de principe, associé à une prise en charge rééducative des troubles de l'équilibre.

Concernant l'aspect neuro-cognitif, les plaintes rapportées sur l'aspect mnésique et les troubles de comportement peuvent faire évoquer les suites d'un TCC, raison pour laquelle il conviendra de demander une évaluation neuropsychologique pour compléter le bilan. En fonction de l'évaluation, l'indication d'une imagerie cérébrale à la recherche d'une lésion axonale diffuse ancienne pourrait se discuter. Il est probable que la composante

psychologique interfère avec les résultats, et la prise en charge actuelle des troubles thymiques doit s'intégrer dans cette démarche.

Le patient ne m'est pas apparu spécialement apathique ce matin avec des affects adaptés, un discours fluent, informatif, quelque peu digressif, chez un patient participatif.

Je reste donc à disposition en fonction des résultats des différents bilan[s].” ;

- un rapport du 21 février 2020 de radiographies de la colonne lombaire et de la colonne dorsale réalisées le 14 février 2020 dont il ressort ce qui suit :

“On observe un tassement du corps vertébral de D5. Scoliose lombaire sinistro-concave associée à une bascule des deux membres inférieurs d'environ 5 mm en défaveur du membre inférieur droit. Pas de rétrécissement du trou de conjugaison. Bonne minéralisation osseuse pour l'âge. Lors de l'examen fonctionnel en flexion/extension dorsale, on ne voit pas d'anomalie du mur postérieur.” ;

- un rapport d'examen neuropsychologique des 28 février et 6 mars 2020 signé par la psychologue spécialiste en neuropsychologie [...] et la neuropsychologue [...], qui se termine comme suit :

#### “EVALUATION

réalisée en majeure partie avec une traductrice – pour toutes les tâches langagières

Observations cliniques : patient orienté, autonome pour toutes les AVQ [activités de la vie quotidienne], ni ralenti, ni fatigable, avec une appréciation tout à fait appropriée de sa situation et de ses capacités cognitives. Patient plutôt vif, faisant preuve d'une bonne réactivité avec modulation adéquate des affects. Le français parlé est suffisamment bien maîtrisé pour une conversation simple ; une traductrice est présente pour les questions de l'anamnèse et la passation d'une majorité des épreuves du présent bilan.

Plaintes et informations fournies par le patient : spontanément, le patient ne rapporte aucune plainte concernant la sphère cognitive actuellement. Sur question, il relate des oublis occasionnels (sur les chantiers, il lui arrive d'oublier de faire certaines choses que son supérieur lui a demandé ; il lui est arrivé d'oublier des rendez-vous). Le patient impute ces oublis à l'âge plutôt qu'aux accidents de 1998 et 2018. Absence de plaintes post-TCC typiques (photo- ou sonophobie, altération du goût ou de l'odorat).

Quant à l'accident de 1998 : chute de sa hauteur suite à l'impact occipital d'une table de coffrage suspendue, avec perte de connaissance d'une durée indéterminée (durée estimée d'une

dizaine de minutes, mais en tout cas moins d'1h) et plaie occipitale avec, par la suite des nausées et vertiges, ainsi qu'une nervosité accrue. Suite à cet accident auraient apparus des tensions de couple - jusque-là harmonieux - son épouse lui reprochant une nervosité et impatience nouvelles. S'y seraient ajoutés des problèmes d'alcool et une dysfonction sexuelle. Le couple se sépare en 2003 et divorcera définitivement en 2005. Les nausées se seraient lentement amendées, alors que le patient estime avoir gardé des vertiges séquellaires jusqu'à ce jour.

Essayant d'éviter le travail en hauteur, le patient se serait lancé dans le domaine de la restauration (aurait acquis et géré un restaurant de 2003 à 2009 avec beaucoup de succès). En 2009, face à une concurrence importante, cette entreprise tourne mal. Après une perte financière conséquente, il aurait repris le travail sur les chantiers dans l'entreprise de son frère, toujours en essayant d'éviter un maximum les travaux en hauteur en raison de ses vertiges qui ne se seraient jamais amendés. Un essai de retourner dans la restauration en 2014 se solde par un échec et creuse davantage le gouffre de la dette. Suit une période de dépression et plusieurs tentatives de reprise d'activité sur les chantiers pour différents employeurs, toujours comme coffreur. Le patient estime ne jamais avoir pu reprendre cette activité à 100%, en raison de vertiges et de douleurs.

Quant à l'accident de 2018 : réception d'une poutrelle de coffrage sur la tête lors d'un affaissement d'une structure soutenant le plafond (le patient, qui porte un casque, tombe sur les fesses ; il reste pendant une dizaine de minutes dans cette position assise), sans perte de connaissance ni altération de la conscience.

[...]

Orientation : sp [sans particularité] aux trois modes

Langage : expression spontanée en langue maternelle fluente et informative. La dénomination (BARD) en langue maternelle est sp. Sous contrainte temporelle, la dénomination de dessins récurrents (animaux) est réalisée dans les temps impartis (1 paraphasie sémantique) ; la dénomination de célébrités présentées sur photographies est bonne. Cliniquement, la compréhension auditivo-verbale en contexte et des consignes est bonne. Sous contrainte temporelle, la lecture est réalisée dans les temps impartis, sans erreur. L'écriture automatique et sous dictée est sp. Le graphisme est régulier. Aux *épreuves numériques*, des opérations orales avec retenues sont réussies avec facilité. En modalité écrite, une addition est possible et une multiplication sont correctement résolues. La transcription numérique est sp.

Praxies : sur le *plan constructif*, la copie d'un cube et d'une maison sont en ordre ; la copie de la figure complexe de Rey n'est pas réalisée de façon optimale. Sur le *plan idéomoteur*, la réalisation de pantomimes d'action sur ordre verbal, ainsi que l'imitation de gestes sans signification sont sp.

Gnosies : la discrimination de figures enchevêtrées, la reconnaissance de visages de célébrités sur photographies et la distinction gauche-droite sur soi et sur autrui sont préservées.

Mémoire : en *mémoire à court terme*, les empan verbal (7) et visuo-spatial se situent dans [la] norme. En *mémoire à long terme verbale*,

à une épreuve de mémorisation de 15 Mots, l'apprentissage et l'évocation différée sont dans la norme ; la reconnaissance immédiate des mots cible et celle différée, les deux en terme-à-termes, sont parfaites. En modalité visuo-spatiale, les évocations immédiate et différée de la figure complexe de Rey sont respectivement dans la norme.

Fonctions exécutives : *cliniquement* absence de résurgence de réflexes archaïques. *Programmation* : la coordination réciproque bimanuelle, le maintien des séquences graphiques et gestuelle sont possibles. *Incitation* : la fluence verbale montre une productivité dans la norme en condition littérale et en condition catégorielle ; le rendement à une tâche de créativité non-verbale dirigée (5 points) est à la limite inférieure de la norme, sans persévérations excessives. *Inhibition* : les mouvements oculaire anti-saccadiques sont en ordre (10% d'auto-corrrections - admises) ; la dénomination en conflit avec la lecture est réalisée dans les temps impartis (1 erreur stroop auto-corrigée). *Flexibilité* : le tracking visuo-spatial alterné (CTT2) est réalisé dans les temps impartis, sans erreur.

Fonctions attentionnelles : Sur logiciel informatisé (TAP 2.3), au subtest *Attention divisée* les résultats sont dans la norme (temps de réponse, variabilité, taux de détection).

Raisonnement : le raisonnement associatif en modalité visuo-spatial est dans la norme.

## CONCLUSION

*Synthèse des résultats* : 30 ans post-TCC probablement léger, et deux semaines post-sevrage d'une consommation d'alcool excessive chronique, le présent examen montre des résultats dans les limites de la norme pour l'ensemble des fonctions évaluées (orientation, langage, praxies, gnosies, mémoire immédiate et à long-terme, fonctions exécutives et attentionnelles, raisonnement associatif). Les performances sont donc tout à fait rassurantes et en accord avec les dires de ce patient authentique et collaborant, présentant une appréciation tout à fait adéquate de sa situation.

*Appréciation* : Il y a lieu de retenir un TCC léger pour l'accident de 1998 (perte de connaissance, et altération de conscience estimée rétrospectivement pendant une 10aine de minutes, probables modifications comportementales avec répercussions sur sa vie familiale) mais pas pour celui de déc. 2018 (aucune altération de la conscience).

A travers son parcours, le patient a fait preuve de volonté à s'en sortir de ses propres moyens et de capacités d'adaptation pour trouver une activité professionnelle lui évitant le travail en hauteur.

*Répercussions fonctionnelles* : Nous ne retenons aucune limitation sur le plan cognitif en ce jour, mais avons encouragé le patient à poursuivre son régime à consommation d'alcool réduite.”;

- un rapport d'évaluation des capacités fonctionnelles (version courte) du 2 mars 2020 de la physiothérapeute diplômée B. \_\_\_\_\_ dont il ressort ce qui suit :

"[...] Plaintes principales actuelles

Le sujet déclare une douleur cervicale le matin au réveil et à la mobilisation en particulier en extension. Il signale également une douleur thoraco-lombaire présente depuis plusieurs années et légèrement exacerbée depuis son accident ; celle-ci apparaît lors de la position assise prolongée, lorsque le sujet se lève de la position assise, la nuit et aux changements de temps. La douleur est cotée à 1/10 sur l'EVA au repos comme au début de l'évaluation et à 2/10 à l'issue de celle-ci (*pour un maximum signalé à 3/10*).

Résultat du PACT (appréciation de ses propres capacités fonctionnelles par le sujet)

Les réponses au questionnaire PACT administré dans la langue maternelle du sujet (serbo-croate) sont cohérentes entre elles. Le score de 140 atteint par le sujet avant la réalisation des différents tests correspond, selon la définition donnée par le ministère américain du travail dans la publication Dictionary of Occupational Titles, à des activités exigeant un niveau d'effort léger. Au vu des résultats réalisés au cours de l'évaluation, on peut relever que le sujet sous-estime considérablement ses aptitudes fonctionnelles.

Status locomoteur

Met en évidence :

- à l'observation en position debout statique, un sujet présentant une légère cyphose thoracique
- une mobilité active cervicale et lombaire légèrement limitée et alléguée douloureuse
- un accroupissement complet mais réalisé de manière lente et précautionneuse
- un passage réalisé de la position couchée sur le dos à assise sans l'aide des mains.

Aptitudes / déficits principaux

Pendant l'évaluation, le niveau de participation du sujet est déterminé en comparant sa volonté de fournir et de maintenir un effort maximal aux observations faites par l'évaluatrice sur l'effort fourni par le sujet (*critères objectifs standardisés*). Les valeurs indiquées ci-après correspondent ainsi aux performances maximales (= effort maximal atteint) qui conviennent d'être fournies rarement sur la place de travail. L'évaluatrice se charge aussi de veiller à ce que le sujet ne se blesse pas et elle interrompt l'activité en cours si la sécurité l'exige (= arrêt sécuritaire).

- Position assise : sans problème.
- Lever du sol à hauteur de la taille : 22.5 Kg ; *arrêt sécuritaire (fréquence cardiaque maximale théorique de 135 battements/minute atteinte)*.
- Lever de la taille à hauteur de la tête : 12.5 kg ; *arrêt sécuritaire (idem)*.

- Lever horizontalement : 22.5 kg.
- Porter de la main droite (*dominante*) : 22.5 kg.
- Porter de la main gauche (*non dominante*) : 22.5 kg.
- Travailler au-dessus du niveau de la tête : légèrement limité (signes d'inconfort de la région cervicale ; douleur cervicale alléguée à l'issue du test).
- Pousser en statique : 32 kg.
- Tirer en statique : 41 kg.
- Pousser en dynamique (force de poussée : H=20kg) : sans problème.
- Tirer en dynamique (force de traction : H=20kg) : sans problème.
- Debout le tronc légèrement penché en avant : sans problème.
- Monter sur une échelle : sans problème.
- Variante avec une caisse de 10 kg tenue dans la main D. : sans problème.
- Position debout : sans problème.

#### Coopération et cohérence

La volonté de donner le maximum aux différents tests a été réelle. Le niveau de cohérence pendant l'évaluation a été élevé.

#### Observations de l'évaluateur

La connaissance des techniques de travail ergonomique est bonne.

Les observations au cours de l'évaluation sont :

- une dyspnée d'effort précoce
- des frottements/soutiens des régions cervicale et lombaire.

Les performances réalisées ont été obtenues au terme de 3 semaines de rééducation fonctionnelle à la clinique romande de réadaptation. Le sujet affirme avoir bénéficié des thérapies (diminution de la douleur cervicale) et avoir amélioré ses capacités physiques." ;

- un rapport intitulé « Réadaptation de l'appareil locomoteur » du 10 mars 2020, dans lequel la physiothérapeute diplômée [...] a écrit ce qui suit :

#### "Evaluations patient REA

Côté lésé : Les deux

- Test assis-debout 5x (s) : à l'entrée 19 ; à la sortie 13s
- Bras tendus devant soi (s) : à l'entrée 60 ; à la sortie 60
- Fléchisseurs cervicaux (s) : à l'entrée 10 ; à la sortie 10
- Pseudo Strength Test (s) : à l'entrée 100 ; à la sortie 100
- Gainage ventral (s) : à l'entrée 5 ; à la sortie 18
- Test des escaliers 1' (marches) : à l'entrée 112 ; à la sortie 140
- PILE Test (kg) : à l'entrée 17.5 ; à la sortie 22.5
- Test des 6' (m) : à l'entrée 480 ; à la sortie 600
- MSEC (W) : à l'entrée 175 ; à la sortie 175

Une « Evaluation de la Capacité Fonctionnelle (ECF *version courte*) » a également été réalisée durant le séjour (*cf rapport détaillé*).

#### Rapport de physiothérapie

Traitements effectués :

Ttt [traitement] en groupes: exercices individualisés en salle de gymnastique, entraînement thérapeutique sur des appareils de fitness, groupe exercices individualisés en petit bassin, marche intermédiaire, dirigé II.

Ttt individuels :

- en passif : thérapie manuelle au niveau de la colonne lombaire et SI, étirements chaîne postérieure, fango pour le dos
- en actif : exercices de coordination motrice, d'équilibre et renforcement global, exercices de correction posturale, exercices d'équilibre et proprioception sur différentes surfaces stables et instables, exercices hypopressifs.

Evolution subjective

Au sujet de la sensation de douleur (b280), le patient déclare une amélioration de la douleur au niveau du bassin, qui a disparu depuis début mars. Au niveau des douleurs cervicales et lombaires elles ont diminué 6/10 EVA (avant 8/10) en activité et 0/10 EVA au repos.

Au niveau de ses capacités fonctionnelles actuelles il relève une amélioration de la force, de la souplesse et sa résistance physique.

Evolution objective et participation

A l'issue du séjour, la physiothérapeute observe une participation aux thérapies régulière, avec un comportement adéquat.

Fonctions relatives à la mobilité et à la stabilité des articulations (b710-715) :

- mobilité active :

cervical : rotation (D/G) 40° (gain de 10°)/40° (gain de 15°)

Inclinaison (D/G) : 35° (gain de 20°)/35° (gain de 25°)

Flx (distance menton/sternum) 1cm (gain de 5cm) ;

Extension : 4cm (gain de 4cm)

- extensibilité musculaire :

distance doigts sol - 15 cm (avant 20 cm) ;

Fonctions proprioceptives (b260) :

Equilibre unipodal YO : Dt : 15s G : 10s

Equilibre unipodal YF : Dt : 8s G : 6s

Autres :

Une évaluation vertige et équilibre a été réalisée (cf Omnis - rapport vertige et équilibre).

Suite thérapeutique

Proposition d'une poursuite ambulatoire à visée d'amélioration des fonctions musculaires, articulaires et proprioceptives.

Se sont avérées efficaces les séances d'exercices fonctionnels visant le travail proprioceptif et de renforcement.

Le patient a été instruit pour un programme d'exercices à domicile." ;

- un rapport vertige et équilibre du 19 mars 2020 signé par la physiothérapeute diplômée [...], dont le contenu est le suivant :

"Diagnostic médical : TCC en 1998 et 2018

Bilan :

Subjectivement :

- Vertige : sensation de tangage le matin au levé et lorsque le patient est en hauteur (EVA : 4/10) qui dure quelque[s] seconde[s] le matin depuis son 1er accident en 1998.

Objectivement :

	Entrée
tests du RVS	Romberg : Oscillation en arrière ++ Verticale : 1°G
tests du RVO	HST : négatif HTT : positif à D
nystagmus spontané	RAS
stabilité dynamique 4SST (risque de chute)	25.6s
oculomotricité	Augmentation de la latence ddc
Dix et Hallpike	Négatif
épreuves rotatoires	Symétrique mais provoque des nausées

Oculomotricité

- Poursuite oculaire : gain ( $n > 0,75$ ) : D/G : 0.74/0.8
- Saccades oculaires : (latence / vitesse / précision ( $n < 280\text{ms}$  /  $> 380^\circ/\text{s}$  /  $> 80\%$ ) : D/G : 411/341, 755/789, 104/108

*Fonction d'équilibration en posturographie dynamique :*  
Perturbée

	%	Norme	Entrée
Somesthésique	%	100	6
Visuelle	%	100	55
Vestibulaire	%	100	0
Dépendance visuelle	%	0	6
Taux de stabilité en A	%	>95	92.3
Surface de déplacement du centre de pression CP	cm <sup>2</sup>	1	1.8
Indice d'instabilité posturale IIP		Selon âge voir*	Augmentée

\*IIP : valeurs moyennes

50-60 ans : A (n=1.09), B (n=1.17), C (n=2.17), D (n=2.47), E (n=4.18), F (n=4.91)

Traitement :

Somesthésie : différents plans instables, stimulation de la voute plantaire

Visuelle : poursuite et saccade

Vestibulaire : plan asservi YF

Dépendance visuelle : optocinétique

Des conseils et exercices ont été donnés au patient

Conclusion / Proposition de poursuite de traitement :

2 séances dont une d'évaluation :

Subjectivement : le patient décrit des vertiges le matin et lorsqu'il est en hauteur avec la même sensation de tangage (4/10).

Objectivement : Un déficit du recrutement des 3 entrées sensorielles de l'équilibre, une augmentation de la latence ddc [des deux côtés] des mvt [mouvements] oculomoteurs.

Une poursuite est préconisé[e] afin de diminuer ses sensations de vertige et pour compenser au mieux ses déficits d'équilibration. Cependant, le patient ne voit pas l'intérêt de la prise en charge car vie avec ses symptômes depuis 1998."

Par décision du 15 avril 2020, la CNA a informé l'assuré de la fin du versement des indemnités journalières avec effet au 30 avril 2020 au motif de la stabilisation du cas constatée lors du récent séjour à la CRR.

Le 10 juin 2020, l'OAI a offert l'aide au placement à l'assuré. Cette mesure a par la suite été clôturée en date du 10 août 2020 au motif de la reprise par l'intéressé de son ancienne activité de coffreur à mi-temps au mois de mars 2020 auprès de la société [...] SA (procès-verbal d'un entretien téléphonique du 2 juillet 2020 entre un collaborateur à l'OAI et l'assuré ; document intitulé « PLA - Rapport final » du 10 août 2020).

Le 30 juin 2020, l'assuré a été vu par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, médecin d'arrondissement de la CNA. Aux termes de son rapport d'examen final du même jour, ce praticien a confirmé la stabilisation du cas du point de vue médical malgré une incapacité totale de travail du 12 au 26 mai 2020, avec reprise à 50 % dès le 27 mai 2020 en raison d'une aggravation des douleurs à la faveur de la poursuite d'une activité inadaptée à l'état de santé. De l'avis du médecin d'arrondissement de la CNA, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles précisées lors du séjour à la CRR, l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail entière. Il ressort les constatations suivantes effectuées lors de cet examen final :

"A l'examen clinique on est en présence d'un patient faisant plus que son âge, présentant un excès pondéral et une ptose abdominale, à la thymie maintenue, en état général conservé, qui ne semble pas avoir de limitation fonctionnelle majeure.

Objectivement, la musculature paravertébrale et le chef supérieur du trapèze sont indolores à la palpation. La mobilité du rachis cervical est conservée et la mobilisation s'effectue librement, sans irradiations douloureuses ni paresthésies dans les MS [membres supérieurs]. On note une légère accentuation de la cyphose dorsale. Il n'y a pas d'autres troubles statiques importants. Au niveau dorso-lombaire, la musculature paravertébrale est bien développée, sans contracture manifeste. La mobilité rachidienne est globalement conservée avec une DDS [distance doigts-sol] pratiquement nulle et la mobilisation s'effectue librement, sans inversion du rythme lombo-pelvien. Le patient peine un peu à passer de la position couchée à la position assise sans l'aide des mains. En revanche, il peut rester assis longtemps sans aucune gêne apparente. La manœuvre de Lasègue est négative. Les ROT [réflexes ostéotendineux] sont peu vifs, symétriques. Il n'y a pas de déficit neurologique aux MS [membres supérieurs] ni aux MI [membres inférieurs]. Il n'y a pas d'autolimitation, pas de signes clairs de non-organicité.

Sur les RX [radiographies] de la colonne dorso-lombaires du 14.02.2020, on retrouve une petite fracture-tassement de D5 avec une légère cunéiformisation, sans grand changement par rapport à la situation qui prévalait sur l'IRM du 23.05.2019, réalisée 9 mois auparavant, et sans instabilité sur les clichés dynamiques.

Pour le dos, le traitement est manifestement terminé.

En revanche, le patient vient d'entamer une physiothérapie vestibulaire.

Elle a certes été prescrite par la CRR mais elle s'adresse à des vertiges qui s'inscrivent dans le cadre d'un syndrome post-commotionnel, consécutif à un ancien accident, pour lequel la Suva avait estimé que sa responsabilité n'était plus engagée."

Le 30 novembre 2020, l'OAI a fait part au conseil de l'assuré en la personne de Me Aba Neeman de son intention de refuser tout droit à une rente d'invalidité, aux motifs qu'à l'échéance d'une période de six mois depuis le dépôt tardif de la demande de prestations le 7 octobre 2019, la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était de 100 % depuis le 1<sup>er</sup> mars 2020 et que le degré d'invalidité était, après la comparaison entre un revenu sans invalidité (71'253 fr.) et avec (65'023 fr. 73, montant qui intégrait un abattement tenant compte de l'âge restreignant les perspectives salariales), de 9 %. Le droit à des mesures professionnelles n'était également pas reconnu à l'assuré.

A l'appui de ses objections du 13 janvier 2021, l'assuré, par Me Neeman, a demandé à l'OAI l'octroi d'une rente, subsidiairement la reprise de l'instruction du cas par la mise en œuvre d'une expertise. Contestant disposer d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à l'état de santé, il soutenait qu'un auto-reclassement n'était pas exigible de sa part vu son âge de plus de 55 ans, qu'il possédait des connaissances linguistiques très limitées et qu'il ne disposait d'aucune formation professionnelle à côté de l'activité exercée de coffreur dans le domaine de la construction/chantiers/bâtiments.

Malgré les objections à l'encontre de l'appréciation de la capacité de travail, l'OAI a, par décision du 8 juillet 2021, confirmé la teneur de son préavis du 30 novembre 2020. Nanti de l'avis d'un de ses juristes, aux termes d'un courrier d'accompagnement du même jour que sa décision adressé à Me Aba Neeman, l'OAI a pris position sur les critiques formulées comme suit :

“[...] Vous contestez la capacité de travail de 100% retenue dans une activité adaptée, évoquant qu'un auto-reclassement n'est pas exigible de la part d'un assuré de plus de 55 ans, en raison notamment de l'absence de formation et des lacunes linguistiques. Vous faites ainsi valoir que votre mandant doit être mis au bénéfice d'une rente d'invalidité et subsidiairement qu'une expertise médicale doit être mise en œuvre.

S'agissant de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles de votre mandant, nous nous sommes fondés sur les conclusions de la CRR suite à son séjour dans leur service de réadaptation de l'appareil locomoteur. Il ressort du rapport de la CRR du 18 mars 2020 que la capacité de travail de votre mandant est de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

En l'occurrence, le rapport de la CRR revêt une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 134 V 231 consid. 5.1), de telle sorte qu'il n'est pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise médicale.

Notre service de réadaptation professionnelle a par ailleurs analysé les impacts des différentes limitations fonctionnelles de votre mandant sur sa capacité de travail. Si les limitations fonctionnelles peuvent réduire les champs d'activités professionnelles, il n'en demeure pas moins que la capacité de travail de 100% peut être mise en valeur dans l'économie libre dans le cadre d'une activité adaptée.

Votre mandant peut en effet mettre sa capacité de travail en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, en tant qu'ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement ou comme opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autres) dans le domaine de la vente simple.

En l'espèce, dans le cadre du calcul du préjudice économique, nous avons retenu un abattement de 5 % sur le revenu d'invalidé en raison de l'âge de votre mandant. Il convient de signaler qu'une erreur de plume s'est glissée dans notre projet de décision du 30 novembre 2020. En effet, nous avons tenu compte d'un abattement de 5% - et non pas 10% - sur le revenu d'invalidé en raison de l'âge. Cela ne modifie pas les montants retenus dans le cadre de la comparaison des revenus.

Si la CRR met en avant que des facteurs contextuels peuvent interférer avec le retour au travail, il n'en demeure pas moins que le manque de formation n'est pas déterminant en l'espèce au regard de la nature des activités exigibles et que les lacunes linguistiques en français sont un facteur étranger à l'invalidité.

Quant à la jurisprudence sur les assurés de plus de 55 ans à laquelle vous faites référence, il convient de mentionner qu'il est possible de renverser cette présomption. En l'espèce, les échanges et les observations faites aux ateliers professionnels de la CRR font ressortir des ressources à faire valoir chez votre mandant dans une activité à pleine capacité qui permettent de renverser cette présomption. De par le parcours professionnel de votre mandant, ses capacités d'adaptation semblent par ailleurs incontestables.

En outre, aucune mesure n'aurait permis de diminuer son préjudice économique. Seule une aide au placement peut lui être octroyée s'il le souhaite afin de l'aider à se réinsérer dans une activité adaptée dans l'économie. On lit toutefois dans la note d'entretien du 2 juillet 2020 avec notre service de placement que votre mandant n'est pas demandeur puisqu'il a repris son activité habituelle de coffreur à 50% et qu'il n'a pas l'intention d'exercer une autre activité professionnelle.

Au vu de tout ce qui précède, nous maintenons notre position telle qu'elle ressort du projet de décision du 30 novembre 2020 en votre possession. Une décision conforme audit projet, et dont le présent courrier fait partie intégrante, vous est ainsi transmis en annexe.

Le contenu du présent courrier fait partie intégrante de notre décision."

**B.** Par acte du 8 septembre 2021, K. \_\_\_\_\_, représenté par Me Aba Neeman, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité et des mesures professionnelles lui sont allouées. Subsidiairement, il a conclu au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants de l'arrêt à rendre ; plus

subsidiairement encore, à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise par le tribunal ainsi qu'au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction. Le recourant a reproché à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical. Ce faisant, il a critiqué la capacité de travail entière dans une activité adaptée retenue en reprochant à l'office intimé de ne pas avoir tenu compte des divers rapports médicaux du Dr A. \_\_\_\_\_ qu'il a produits sous pièces 3 et 4 du bordereau joint à son mémoire de recours du 8 septembre 2020. Il a fait valoir qu'en prenant en considération les rapports de la CRR ainsi que l'avis du médecin prénommé, une capacité de travail moyenne de 80 % dans une activité adaptée pouvait être calculée. Sur le versant économique, le recourant a contesté l'abattement de 5 % sur le revenu d'invalidé basé sur les données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), étant d'avis qu'une réduction de 25 % se justifiait au vu de « l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier ». Ainsi, selon ses propres calculs, tenant compte d'une capacité de travail de 80 % et d'un abattement maximal de 25 %, le degré d'invalidité était de 42,36 % (et non 9 %) ce qui lui donnait le droit à un quart de rente ainsi qu'à des mesures professionnelles. A titre de mesures d'instruction, il a sollicité la production de son dossier en mains de l'OAI ainsi que son audition personnelle.

Dans sa réponse du 8 novembre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a versé en cause un avis du Dr G. \_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), auquel il se ralliait, dont on extrait ce qui suit :

“Discussion

Concernant l'état de santé antérieur à l'accident, l'assuré présentait des vertiges consécutifs à l'accident de 1998. Ils étaient d'ailleurs la raison de la première demande AI en 2000. Ils ont été confirmés par la CRR mais n'ont pas empêché l'assuré de travailler à 100% de nombreuses années et notamment avant l'accident. Il en est de même des discopathies étagées dont les conséquences neurologiques sont décrites comme nulles aussi bien sur le plan de l'imagerie que du status. Au moment de l'accident l'assuré exerçait sans peine l'activité très physique de coffreur à 100%. Les lésions qui ont été incapacitantes de façon durable sont toutes consécutives à l'accident du 12.12.2018 et la Suva d'ailleurs n'a pas retenu de pathologie intercurrente à écarter et a pris en charge le séjour à la

CRR. Les éléments relevés par les médecins de la CRR sont à notre sens totalement pertinents et reposent aussi bien sur une imagerie précise que sur des status et évaluations détaillées. La CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] n'est pas clairement exprimée comme nulle mais étant donné les LF [limitations fonctionnelles] retenues nous l'estimons nulle depuis l'accident et c'est à ses risques et périls que l'assuré continue de travailler comme coffreur à 50%. La CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] par contre est estimée entière sur le plan médical. Les éléments mentionnés comme pouvant limiter les possibilités de réinsertion sont strictement extra-médicaux et nous partageons l'avis de notre juriste sur ce point. Cet avis de la CRR a été confirmé par le MA [médecin d'arrondissement] le 30.06.2020 et, étant donné la stabilité des lésions, nous pouvons retenir la date du 11.03.2020 donnée par la CRR pour une CTAA totale. Le médecin traitant à l'issue du séjour CRR retient des CTAH et CTAA différentes sans aucun argument. Nous ajouterons qu'il est hautement probable que la CTAA était totale bien auparavant comme l'atteste en décembre 2019 le Dr I. \_\_\_\_\_ (il parle même de la mi-septembre 2019). C'est aussi l'avis du MA de la SUVA mais le 11.03.2020 est retenu en raison d'un doute minime à ce sujet. Nous estimons que la décision ne doit pas être modifiée, qu'aucun élément n'a été omis dans l'instruction.

#### Conclusions

- Incapacité débutant lors de l'accident du 18.12.2018
- En raison d'un tassement vertébral en D5 et de discopathies étagées déséquilibrées par celui-ci, l'IT [incapacité de travail] est totale depuis cette date
- La CTAH comme coffreur est nulle
- La CTAA est totale depuis au moins le 11.03.2020
- Les LF sont : pas de port de charge supérieure à 20 kg, pas de port de charge répété supérieure à 15 kg, d'activités nécessitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, flexion et torsion répétées du tronc."

L'OAI a également produit son dossier complet.

Le 30 novembre 2021, le recourant a confirmé les conclusions et offres de preuve mentionnées à l'appui de son acte de recours du 8 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 compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA) 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 et/ou à des mesures professionnelles (reclassement) de l'assurance-invalidité.

**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) aa)** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir

leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; TF 9C\_689/2018 du 8 février 2019 consid. 4.2).

**bb)** Il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cette jurisprudence qui est également applicable lorsqu'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente (ATF 145 V 209 consid. 5), ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente. Dans de telles situations, l'office de l'assurance-invalidité doit vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en oeuvre de mesures d'ordre professionnel, même si ce dernier a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste (cf. TF 9C\_211/2021 du 5 novembre 2021 consid. 3.1 ; TF 9C\_276/2020 du 18 décembre 2020 consid. 6 et les arrêts cités).

**cc)** Selon la jurisprudence relative aux situations particulières en cause ici, l'administration doit, avant de réduire ou supprimer la rente, vérifier si la capacité de travail résiduelle médico-théorique permet d'inférer sans autres démarches une amélioration de la capacité de gain ou s'il est nécessaire au préalable de mettre en œuvre une mesure d'observation professionnelle et/ou des mesures légales de réadaptation (TF 9C\_396/2019, 9C\_397/2019 du 2 mars 2020 consid. 5.1 ; TF 8C\_680/2018 du 11 janvier 2019 consid. 5.2 ; TF 9C\_768/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.1.2). Il en découle – sous réserve de cas où l'assuré dispose d'emblée de capacités suffisantes lui permettant une réadaptation par soi-même (TF 8C\_582/2017 du 22 mars 2018 consid. 6.3 ; TF 9C\_183/2015 du 19 août 2015 consid. 5) – que ce n'est qu'à l'issue d'un examen concret de la situation de l'assuré et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures de réadaptation sur le marché du travail que l'OAI peut définitivement statuer sur la révision de la rente d'invalidité, et le cas échéant, réduire ou supprimer le droit à la rente. Par conséquent, dans ces situations, l'examen et l'exécution des éventuelles mesures constituent une condition de la suppression (ou réduction) de la rente, cette suppression (ou réduction) ne pouvant prendre effet antérieurement (TF 8C\_798/2019 du 16 juillet 2020 consid. 6.1 ; TF 8C\_446/2014 du 12 janvier 2015 consid. 4.2.4 non publié *in* ATF 141 V 5 mais dans SVR 2015 IV N. 19 ; TF 9C\_367/2011 du 10 août 2011 consid. 3.4 ; TF 8C\_582/2017 du 22 mars 2018 consid. 6.4).

**c)** 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).

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<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

**d)** 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).

**e)** 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).

**f)** 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).

**4. a)** En l'occurrence, le refus de la part de l'autorité intimée d'allouer une rente et de mettre en œuvre des mesures professionnelles de l'assurance-invalidité se fonde sur le constat médical d'une capacité de travail entière exigible de la part de l'assuré dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (pour rappel, pas de port de charge supérieure à 20 kg, pas de port de charge répété supérieure à 15 kg et pas d'activités nécessitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, ni flexion et torsion répétées du tronc), depuis le 1<sup>er</sup> mars 2020. Cette décision se base sur les conclusions du rapport de la CRR du 18 mars 2020.

Le recourant conteste, de son côté, présenter une capacité résiduelle de travail telle que retenue par l'intimé dans sa décision. Dans un premier moyen, il soutient qu'une capacité de travail maximale de 80 % dans une activité adaptée à l'état de santé défaillant serait exigible de sa part ; il se fonde pour son estimation sur les avis de la CRR et du Dr A.\_\_\_\_\_.

**b)** Au terme du séjour du recourant du 12 février au 10 mars 2020 au sein du service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Clinique romande de réadaptation (CRR) de Sion, les Drs L.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ ont, dans le rapport de sortie du 18 mars 2020, posé le diagnostic principal de traumatisme le 12 décembre 2018 avec tassement léger du plateau supérieur de D5 œdème du corps de C3 sans perte de hauteur (IRM du 27.02.2019) et discarthrose multi-étagée C3-C7 et de D2-10 avec réactions Modic 2 des plateaux de C5-C6, C7-D1 et D7-D8.

Comme diagnostics secondaires, ces médecins spécialistes ont posé une consommation chronique d'OH, une HTA, un traumatisme crânien léger en 1998 sans séquelle neuropsychologique ainsi qu'en 2009 des précordialgies sans modification à l'ECG. Selon les constatations effectuées durant le séjour, si l'activité habituelle de coffreur à mi-temps semblait difficile à poursuivre, il existait, à l'inverse, une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles définitives retenues (port de charge supérieure à 20 kilos, port de charge répété supérieure à 15 kilos et activités nécessitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, flexion et torsion répétées du tronc), depuis le 11 mars 2020.

Ce rapport rend compte d'une évaluation de l'assuré effectuée durant un mois auprès du service de réhabilitation de la CRR, lors de laquelle celui-ci a participé à pas moins de six prises en charge différentes, avec évaluation multidisciplinaire et professionnelle. Le rapport de la CRR de mars 2020 a été établi en pleine et parfaite connaissance du dossier, et il remplit les critères d'une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence (cf. consid. 3e supra). Ses auteurs, qui sont des spécialistes dans leur domaine de compétence, ont en effet justifié leurs diagnostics et l'évaluation de l'incidence des atteintes sur la capacité de travail en se basant sur des examens cliniques parfaitement documentés et rendant compte d'une approche complète, soignée et globale du cas, rendant compte de manière claire de la stabilisation retenue ainsi que des restrictions fonctionnelles et des ressources de l'assuré. Les plaintes de ce dernier ont par ailleurs été recueillies puis éprouvées au regard des propres constatations des médecins spécialistes.

Les conclusions ainsi que le pronostic ressortant du rapport de la CRR de mars 2020 s'avèrent ainsi convaincants s'agissant de reconnaître une problématique subsistant quant à l'exercice de la profession usuelle de coffreur, telle que reprise à taux partiel. Ce rapport convainc également quant à la pleine capacité de travail reconnue dans une activité adaptée à l'état de santé physique défailant, pour laquelle l'intéressé conserve les compétences et les ressources, nonobstant son

âge et les divers facteurs contextuels (en particulier, une limite linguistique ainsi qu'une absence de formation professionnelle reconnue en Suisse).

De son côté, au terme d'un examen final de l'assuré le 30 juin 2020, le médecin d'arrondissement de la CNA a confirmé la stabilisation du cas du point de vue médical, nonobstant une incapacité de travail totale temporaire au mois de mai 2020, comme la pleine capacité de travail retenue dans une activité adaptée par ses confrères de la CRR.

A l'opposé, l'avis divergent de son médecin traitant dont se prévaut le recourant n'est pas de nature à sérieusement rediscuter du bien-fondé des constatations et conclusions dûment motivées et parfaitement convaincantes des médecins spécialistes de la CRR, corroborées par le médecin d'arrondissement de la CNA ; en effet, les certificats établis par le Dr A. \_\_\_\_\_ sont dépourvus de tout substrat médical objectif susceptible de leur attribuer quelque valeur probante et encore moins susceptibles d'éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations des médecins de l'assurance (cf. consid. 3f supra).

**c)** Il suit de ce qui précède que, des conclusions probantes du rapport de la CRR du 18 mars 2020, étant affecté principalement d'un tassement vertébral en D5 et de discopathies étagées déséquilibrées par celui-ci à compter du second accident survenu le 18 décembre 2018, si le recourant n'est plus en mesure de continuer son travail habituel à temps partiel il dispose toutefois d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles présentées, ceci depuis le 11 mars 2020 au moins. A ce propos, il importe de préciser que l'âge du recourant ne fait pas obstacle à cette pleine capacité de travail résiduelle dans la mesure où, comme le prévoit la jurisprudence (cf. consid. 3b/aa-cc supra), l'intéressé a fait l'objet d'une évaluation concrète multidisciplinaire au sein d'une institution spécialisée permettant d'admettre qu'une auto-réadaptation est concrètement possible (renversement de la présomption d'un impossible auto-reclassement), ceci d'autant qu'une aide au placement a été offerte. Le fait pour l'assuré d'avoir renoncé à cette

mesure pour persister à exercer son ancienne activité, réputée non adaptée, confine à la convenance personnelle, laquelle ne lie pas l'assurance-invalidité.

**5.** A ce stade, il reste à déterminer le degré d'invalidité du recourant.

**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) aa)** 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).

**bb)** Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité l'assuré aurait effectuée s'il était resté en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité 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 (ATF 126 V 75 ; MARGIT MOSER-SZELESS, *in*

DUPONT/MOSER-SZELESS [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 *ad art.* 16).

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)** *In casu*, l'OAI a comparé un revenu sans invalidité de 71'253 fr. avec un revenu d'invalidité de 65'023 fr. 73 (montant qui intègre un abattement de 5 % afin de tenir compte de l'âge restreignant les perspectives salariales du recourant), pour aboutir à un degré d'invalidité de 9 %, taux qui n'ouvre pas le droit à une rente ainsi qu'à des mesures professionnelles litigieuses.

Ne contestant pas le montant du revenu sans invalidité tel que fixé par l'office intimé, le recourant est par contre d'avis pour sa part que

le revenu d'invalidé est incorrect. Il plaide à cet effet que la prise en compte d'un abattement maximal de 25 % se justifie dans son cas compte tenu de son âge de plus de 55 ans, de ses connaissances linguistiques en français très limitées, de son absence de formation professionnelle autre que sa profession usuelle de coffreur dans le domaine du bâtiment, ainsi que de sa nationalité qui le préterite sous l'angle salarial comparé à un ressortissant suisse.

**d)** En l'espèce, en retenant un taux d'abattement de 5 % correspondant au critère de l'âge uniquement, l'office intimé n'a pas correctement tenu compte de la situation personnelle du recourant. Au regard des limitations fonctionnelles, de l'âge ainsi que des autres facteurs contextuels (à savoir, la limite linguistique, l'absence de formation reconnue ainsi que la nationalité étrangère) ayant des effets sur le revenu d'invalidé, à cet égard, il convient de porter le taux d'abattement à 15 %.

**e)** Cela étant, le revenu d'invalidé doit être fixé à 58'179 fr. 12 (68'446 fr. 03 - [15 % x 68'446 fr. 03]). En comparant ce montant avec le revenu sans invalidité non contesté de 71'253 fr., on obtient un taux d'invalidité (arrondi) de 18 % ([71'253 fr. - 58'179 fr. 12] : 71'253 fr. x 100 = 18,34 %). Ce degré d'invalidité est insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI). Il reste en outre en deçà du seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement qui est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (cf. consid. 3b/aa supra).

**6.** Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par le recourant, à savoir son audition personnelle, doit dès lors être rejetée. On ne voit pas en quoi l'audition du recourant, qui a déjà pu s'exprimer largement tout au long de la procédure, pourrait être utile. L'autorité peut en effet renoncer à procéder à des mesures d'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de forger sa conviction et que, procédant d'une manière non

arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier son opinion (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 130 II 425 consid. 2.1).

**7. 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.

**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 8 juillet 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 de K.\_\_\_\_\_.
- 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 Aba Neeman (pour K. \_\_\_\_\_),
- 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 :