

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 avril 2022

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mme Durussel, juge, et M. Gutmann, assesseur  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Paul-Arthur Treyvaud,  
avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

---

**Art. 8 et 28 LAI ; 17 LPGA**

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

**A.** Le 1<sup>er</sup> juillet 2011, Q.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1979, a été victime d'un accident sur son lieu de travail ; en sautant d'un mur, il a subi une fracture de la base des deuxième, troisième et quatrième métatarsiens du pied gauche lors de sa réception au sol. Une incapacité de travail totale a été attestée depuis lors. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge les suites de cet accident.

Le 3 avril 2012, il a chuté dans les escaliers à son domicile et a subi une fracture de la tête radiale du coude droit. Les suites de cet accident ont également été prises en charge par la CNA.

L'assuré a séjourné à la T.\_\_\_\_\_ (ci-après : la T.\_\_\_\_\_) du 8 août 2012 au 18 septembre 2012. Dans leur rapport du 12 octobre 2012, les Drs L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et K.\_\_\_\_\_, alors médecin assistant, ont considéré que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans la profession de maçon du 8 août 2012 au 18 octobre 2012, date à laquelle l'exigibilité devait être réévaluée.

Durant son séjour à la T.\_\_\_\_\_, l'assuré a été examiné en consilium psychiatrique par la Dre S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique. Elle a retenu que la symptomatologie présentée par l'assuré correspondait à celle d'un état dépressif franc, qui était certes réactionnel à l'accident, mais dont l'intensité et la persistance dépassaient le diagnostic de trouble de l'adaptation.

Les examens radiologiques et d'imagerie requis par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont révélé une arthrose post-traumatique active entre le cunéiforme interne et la base du deuxième métatarsien, associée à une arthrose métatarsienne du premier rayon du pied gauche (cf. compte-rendu du 27 mars 2013). Au vu de ce bilan, le Dr M.\_\_\_\_\_ a

préconisé une arthrodèse du Lisfranc médial du pied gauche (cf. rapport du 26 avril 2013), intervention qu'il a effectuée le 22 mai 2013, avec une ablation du matériel d'ostéosynthèse le 5 juin 2014.

En raison d'un traumatisme crânien dans un contexte d'éthylisation aiguë, l'assuré a séjourné aux U. \_\_\_\_\_ du 11 au 12 juin 2014 (cf. rapport du 30 juin 2014).

Une IRM lombaire du 25 novembre 2014 a mis en évidence un canal lombaire étroit L4-L5 et, à moindre mesure, L2-L3 d'origine mixte avec protrusion discale et arthrose interfacettaire.

Formulant l'hypothèse que les douleurs résiduelles dont souffrait l'assuré étaient dues à un problème neurologique, le Dr M. \_\_\_\_\_ a adressé l'assuré au Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Dans son rapport du 4 décembre 2014, ce dernier a posé le diagnostic de troubles sensitifs et douleurs à caractère neurogène au membre inférieur gauche, à prédominance distale, d'origine pluriradiculaire probable, sur canal lombaire étroit L4-L5 et L2-L3, ainsi que ceux de status post fracture de Lisfranc du pied gauche accidentelle avec arthrose douloureuse post-traumatique, de carence en acide folique et d'état anxio-dépressif traité. Un bilan biologique n'avait pas apporté d'indice pour une atteinte inflammatoire sous-jacente. Ne pouvant conclure quant à l'origine des troubles sensitifs et des douleurs à caractère neurogène du membre inférieur gauche, le Dr V. \_\_\_\_\_ a retenu l'indication à la pratique d'une ENMG [électroneuromyogramme, *réf.*].

Cet examen a été pratiqué le 8 janvier 2015 par le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Dans son rapport du 12 janvier 2015, ce neurologue a mentionné ce qui suit dans son appréciation du cas :

Sur le plan clinique, je retrouve essentiellement des troubles sensitifs au niveau du pied gauche compatible avec le territoire du nerf musculo-cutané gauche bien qu'il y ait tout de même un certain débordement de ce territoire puisque le patient signale également un engourdissement au niveau du gros orteil et du 2<sup>ème</sup> orteil

gauche. Par contre, il n'y a pas de véritable déficit moteur objectif, si ce n'est des lâchages, et pas d'asymétrie des réflexes.

Sur le plan électrophysiologique, on note tout au plus une discrète asymétrie du potentiel sensitif du nerf musculo-cutané en défaveur de la gauche par rapport à la droite, compatible donc avec une discrète perte axonale des fibres sensibles du nerf péronier gauche qui pourrait être périphérique, infra-ganglionnaire, probablement localisée au niveau de la cheville. Il n'y a par contre pas d'argument pour une atteinte radiculaire ni a priori plexuelle.

En raison de douleurs à la hanche gauche, une infiltration au niveau du canal lombaire étroit a été effectuée en date du 2 février 2015.

Le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a adressé à la CNA un rapport daté du 12 février 2015, dans lequel il a posé les diagnostics de trouble dépressif moyen (F32.1) et de traits de la personnalité anxieuse et dépendante (F60.6 et 60.7). Les consultations étaient hebdomadaires et, à lire le rapport, la capacité de travail était nulle. Il a qualifié la situation de complexe et émis un pronostic réservé.

Dans un rapport du 10 mars 2015, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, a proposé à la CNA la prise en charge d'un test de stimulation médullaire dans un contexte de possible CRPS du pied gauche.

La CNA a soumis cette demande au Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et médecin au Centre de compétence de médecine des assurances de la CNA, lequel a estimé dans ses appréciations des 1<sup>er</sup> avril 2015 et 21 octobre 2015 qu'un traitement par neurostimulation épidurale ne pouvait pas être recommandé d'un point de vue neurologique compte tenu de l'évolution globale, au vu du caractère seulement possible du SDRC, de la progression des douleurs et des graves facteurs psychologiques de l'assuré. Il a par ailleurs relevé que les douleurs de l'assuré étaient multifactorielles au degré de vraisemblance prépondérante, qu'une lésion distale du nerf péronier était douteuse, que les autres causes discutées des symptômes neuropathiques étaient étrangères à l'accident et que la neurostimulation n'était pas indiquée pour le traitement des douleurs nociceptives liées à l'arthrose.

Le 30 novembre 2015, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à l'examen médical final de l'assuré. Dans son rapport daté du même jour, il s'est exprimé comme suit sous l'intitulé « Appréciation » :

(...) L'examen est marqué par des hyper-réactions et manifestations ostentatoires de douleur. On relèvera une discordance entre le déficit fonctionnel affiché et l'absence d'amyotrophie significative d'épargne des membres inférieurs. On note en revanche une asymétrie de la coloration et de la température du pied avec érythrose et légère froideur cutanée à gauche par rapport au côté droit. La mobilisation de la cheville et du pied déclenche des douleurs. On relèvera une très vive hyper-réaction douloureuse à la manœuvre de Lasègue à gauche. On note également une diminution de la sensibilité du bord externe du membre inférieur gauche se prolongeant jusqu'au dos du pied. Légère diminution de la mobilité tibio-tarsienne. En revanche, pas d'amyotrophie significative du mollet ou des cuisses à la mesure des périmètres.

Pas de douleur ni limitation à la mobilisation des coudes.  
L'imagerie au PACS à disposition démontre un status après arthrodèse du Lisfranc.

Sur le plan médical : la situation peut être considérée comme stabilisée sur le plan des séquelles de la fracture du pied gauche survenue en 2011 et ayant conduit à l'arthrodèse du Lisfranc. Les séquelles de cette atteinte relèvent pour l'instant de traitements symptomatiques médicamenteux de la douleur et du port de semelles plantaires ou de semelles orthopédiques.

On soulignera que la symptomatologie douloureuse du membre inférieur gauche décrite par l'assuré dépasse largement la topographie du pied et la vive douleur à la manœuvre de Lasègue à gauche ne permettent pas d'exclure une composante radiculaire chez un patient présentant un canal lombaire étroit. Cette atteinte ne relève cependant pas de l'accident. Des facteurs non organiques ont vraisemblablement également une influence sur le tableau douloureux invalidant actuel. Nous ne nous prononçons pas ici sur l'adéquation entre la problématique d'ordre psychiatrique et l'accident et ne retenons a priori pas de relation de causalité naturelle avec ce dernier.

Sur le plan de la capacité de travail : si l'on se fonde exclusivement sur les séquelles somatiques de l'accident, cet assuré pourrait d'ores et déjà mettre en valeur une pleine capacité de travail dans une activité partiellement sédentaire n'exigeant pas des déplacements fréquents prolongés ou en terrain irrégulier. Nous ne tenons pas compte ici de l'incapacité de travail pouvant résulter des comorbidités sans relation de causalité avec l'accident. L'estimation de l'atteinte à l'intégrité fait l'objet d'une appréciation séparée.

Par décision du 12 janvier 2017, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 14 % à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité au taux de 17,5 %. Cette décision a été confirmée sur opposition puis sur recours par arrêt du 9 mai 2018 (CASSO AA 35/17 - 51/2018). Dit arrêt est entré en force.

**B. a)** Dans l'intervalle, Q. \_\_\_\_\_ a déposé le 6 juin 2012 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique de l'assuré (avis médical du 21 août 2012), confiée au Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans son rapport du 13 mars 2013, l'expert a posé les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de dysthymie/dysphorie (F34.1), d'accentuation de certains traits de personnalité, en l'occurrence dans le sens d'une personnalité passive agressive (Z73.1), et de processus d'invalidation (F68.0). Admettant une atteinte psychique temporaire dans le passé, le Dr Z. \_\_\_\_\_ n'a pas retenu de limitations majeures sur le plan psychique et a considéré la capacité de travail sur le plan psychiatrique comme entière, y compris dans l'activité habituelle. Il a par ailleurs qualifié de temporaire l'atteinte psychique signalée précédemment, relevant que l'assuré était non-observant pour la prescription d'antidépresseur, de sorte qu'il existait une large marge d'influence thérapeutique.

Le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expert psychiatre (avis du 14 mai 2013) puis, après avoir attendu le rapport final de la CNA (avis du 1<sup>er</sup> octobre 2013), il a également repris les conclusions de celui-ci (avis du 23 janvier 2017).

Par décision du 16 août 2018, l'OAI a octroyé une rente d'invalidité entière à l'assuré du 1<sup>er</sup> décembre 2012 au 29 février 2016.

**b)** Agissant sous la plume de son conseil Me Treyvaud par acte du 21 septembre 2018, Q.\_\_\_\_\_ a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Par arrêt du 17 décembre 2019 (AI 289/18 - 405/19), la Cour de céans a admis le recours interjeté par l'assuré et renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction, afin d'évaluer les éventuels effets des atteintes d'origine malade sur la capacité de travail, puis nouvelle décision.

**c)** Reprenant l'instruction, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire avec un volet rhumatologique, neurologique, psychiatrique et de médecine interne (avis du SMR du 30 janvier 2020).

Celle-ci a été réalisée par R.\_\_\_\_\_ et confiée aux Drs D.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et réadaptation, G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, A.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 29 décembre 2020, leur évaluation consensuelle contient les conclusions suivantes :

**4.2. Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail**

- Douleurs séquellaires partiellement neurogènes, M792, sur le dos du pied gauche avec un Tinel positif sur une cicatrice opératoire du pied gauche. Douleurs mixtes, neurogènes et nociceptives à la pression du pied remontant proximale sur la cheville, la jambe et la cuisse externe à gauche ; status post-arthrodèse du Lisfranc (22.05.2013) compliquée par une algoneurodystrophie, status après AMO [ablation du matériel d'ostéosynthèse] (05.06.2014), arthrose post-traumatique sur fractures du pied gauche sur chute (01.07.2011), M19.17
- Lombosciatalgies chroniques gauches, non déficitaires, canal lombaire étroit en L4-L5 (moins en L2-L3) sur troubles dégénératifs mixtes (arthrose facettaire, protrusions discales étagées), M54.5
- Épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique, F32.11
- Trouble de personnalité, sans précision, F60.9

- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, secondaires, utilisation nocive pour la santé, F19.1.
- Status post-fracture de la tête radiale du coude droit (03.04.2012) sur chute
- Status après Brucellose traitée en 2017
- Tachycardie sinusale traitée

#### **4.3. Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles**

Limitations fonctionnelles somatiques : changements de position possibles ; pas de position statique assis ou debout prolongées ; pas de soulèvement et/ou de port itératif de charges > 5 kg ; pas de déplacement sur terrain inégal ni de déplacements fréquents ou sur de longs trajets ; pas de travail sur échelle ni échafaudages ; pas de travail en position accroupie ni agenouillée.

Limitations fonctionnelles psychiques : travail maîtrisé, répétitif, sans stress, sans traitement d'informations simultanées.

[...]

#### **4.7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**

0 % depuis la date de son accident, le 01.07.2011 pour des raisons orthopédiques.

#### **4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée**

80 % (100 % avec une perte de rendement de 20 % en raison des douleurs neurogènes) depuis le 01.12.2015.

Sur le plan psychique, la capacité de travail est de 80 % (100 % avec une diminution de rendement de 20 % en raison du caractère passif et inhibé qui s'est accentué avec l'addiction) depuis octobre 2017. Mais, elle pourrait être de 100 % d'ici 6 mois en cas de sevrage des produits toxiques et d'efficacité du traitement antidépresseur.

Dans un avis du 17 février 2021, le SMR a repris les conclusions de l'expertise. Il a précisé, s'agissant de l'exigibilité d'un sevrage pouvant augmenter la capacité de travail de 80 % à 100 % sur le plan psychiatrique, que la capacité de travail resterait de toute façon de 80 % en raison des douleurs neurologiques.

Par projet de décision du 1<sup>er</sup> mars 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1<sup>er</sup> décembre 2012 au 29 février 2016.

L'assuré a fait valoir ses objections par courrier de son mandataire du 10 mai 2021.

Le 20 juillet 2021, l'assuré a transmis un rapport établi le 11 juillet 2021 par son médecin généraliste traitant, le Dr X.\_\_\_\_\_. Celui-ci a mentionné, concernant la problématique orthopédique et neurologique, qu'il ne pouvait remettre en question la possibilité pour l'assuré de travailler dans une activité adaptée aux limitations établies, mais qu'il y avait un grand intérêt à initier une prise en charge antalgique interventionnelle par stimulateur intrarachidien pour agir sur les douleurs et améliorer tant la qualité de vie de l'assuré que son employabilité. Sur le plan psychique, il a estimé que des investigations complémentaires devraient être effectuées puisque le trouble de la personnalité retenu était de nature peu claire. Il lui paraissait en outre difficile de tabler sur un arrêt des consommations psycho-actives définitif dans un délai de six mois au vu des atteintes psychiques de l'assuré. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a fait savoir qu'une suite ou conséquence de la brucellose hépato-urinaire de 2018 ne pouvait pas être écartée, car l'assuré souffrait d'une odynodysphagie importante, associée à des nausées et vomissements quotidiens, qui était en cours d'investigation. L'assuré présentait par ailleurs une majoration d'une problématique urinaire, qui devait faire l'objet d'un nouvel avis urologique.

Le 5 août 2021, le SMR a considéré que le rapport médical produit n'apportait pas de nouveaux éléments et que le problème urologique ne devait pas être durablement incapacitant.

Par décision du 10 août 2021, qui annulait et remplaçait la décision du 16 août 2021 (sic), l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 2012 au 29 février 2016.

**C.** Par acte de son mandataire du 14 septembre 2021, Q.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens qu'il lui est reconnu le droit à une rente de l'assurance-invalidité. Il a critiqué le rapport d'expertise de R.\_\_\_\_\_ et fait valoir que ses douleurs ne lui permettaient pas de travailler à plus de 50 %. Il a repris les éléments avancés par le Dr X.\_\_\_\_\_ et relevé que le rapport d'expertise ne se

prononçait pas sur les bénéfices de l'implantation d'un stimulateur médullaire ou d'un geste chirurgical. Pour finir, il a contesté le revenu avec invalidité retenu, au motif qu'il ne tenait pas compte de ses limitations fonctionnelles et de son éloignement du marché du travail, ni du fait qu'il avait été jugé inapte au placement par les autorités de chômage.

Dans sa réponse du 2 novembre 2021, l'OAI a estimé que l'expertise avait valeur probante et relevé que l'expert neurologue évoquait la possibilité de recourir à un stimulateur intrarachidien. S'agissant de l'odynodyspagie, il a rappelé que les faits nouveaux survenus postérieurement à la décision attaquée devaient faire l'objet d'une nouvelle demande de prestations. Le calcul du revenu exigible avait été fait sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), qui était précisément utilisée lorsque l'assuré n'avait pas exercé d'activité lucrative après la survenance de son atteinte à la santé.

Par réplique du 24 novembre 2021, le recourant a maintenu ses conclusions, faisant en outre valoir que les données de l'ESS n'étaient valables que pour les grandes villes suisses.

### **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 des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 29 février 2016.

**3. a)** 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 10 août 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).

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

**c)** Aux termes de l'art. 17 al. 1 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. Tout changement important des circonstances, propre

à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA.

Selon l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

**d)** 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).

Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en

principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

**4. a)** A la suite de l'arrêt de renvoi du 17 décembre 2019, l'OAI a fait réaliser une expertise pluridisciplinaire auprès du R.\_\_\_\_\_. Le rapport établi par les Drs G.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_, A.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les experts se sont en effet prononcés en connaissance du dossier médical du recourant et de ses plaintes, ils ont recueilli son anamnèse et ont procédé à des examens cliniques complets avant de rendre leurs conclusions de manière motivée et détaillée. Ils se sont en particulier exprimés sur les rapports des autres médecins ayant examiné le recourant, exposant le cas échéant pour quelles raisons ils s'écartaient de leur point de vue.

**b)** Sur le plan rhumatologique, la Dre D.\_\_\_\_\_ observe un avant-pied gauche plus froid que le droit et une très discrète différence de phanères entre les deux pieds en défaveur de la gauche, mais ne constate pas d'autre signe en faveur d'un diagnostic d'algoneurodystrophie au jour de l'examen. Elle rappelle qu'une telle atteinte a été suspectée par le passé, bien qu'elle n'ait pas été objectivée par les examens. Par rapport à l'arthrodèse du Lisfranc et l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, l'experte rhumatologue constate que la consolidation est bonne, mais qu'une arthrose post-traumatique est présente. Elle retient, au niveau diagnostique, l'existence de douleurs séquellaires du pied gauche. Cette atteinte n'est pas compatible avec l'exercice de la profession habituelle de maçon, qui nécessite de travailler en hauteur (sur des échelles ou échafaudages), des déplacements sur terrain irrégulier, ainsi que le soulèvement et le port de charges. L'experte conclut ainsi à une totale incapacité de travail depuis la date de l'accident, le 1<sup>er</sup> juillet 2011, en

raison du problème au pied gauche. S'agissant de la récupération d'une capacité de travail dans une activité adaptée, elle estime que la date du 1<sup>er</sup> décembre 2015 retenue par la CNA et l'OAI est justifiée.

La Dre D.\_\_\_\_\_ a également examiné les douleurs lombaires dont se plaint le recourant. Elle constate qu'elles sont mécaniques et non déficitaires le jour de son examen. Elle explique que ces douleurs peuvent être en lien avec le canal lombaire étroit en L4-L5 (moins en L2-L3) sur troubles dégénératifs, composés d'arthrose facettaire postérieure et de protrusions discales. Elle écarte l'existence d'une affection inflammatoire, au motif qu'il n'y a aucun élément en faveur d'une telle atteinte dans l'anamnèse, les examens cliniques, les données biologiques et l'imagerie radiologique. Elle considère que les troubles constatés sont peu importants et ne s'opposent pas à la reprise d'une activité adaptée.

Les limitations fonctionnelles retenues sur le plan rhumatologique sont la possibilité de changer de position, l'absence de position statique assise ou debout prolongée, de soulèvement et/ou port de charges supérieures à 5 kg, de déplacement sur terrain inégal ou de déplacements fréquents ou encore de longs trajets. Le recourant ne peut en outre pas travailler sur une échelle ou des échafaudages, ni en position assise ou agenouillée.

**c)** Au niveau de la médecine interne, le Dr G.\_\_\_\_\_ pose les diagnostics de brucellose en 2017 et de tachycardie sinusale traitée, qui n'entraînent aucune limitation de la capacité de travail. Il précise qu'une laparoscopie effectuée quelques semaines après la brucellose, traitée par antibiothérapie, a permis d'objectiver une guérison totale.

**d)** A l'issue de l'examen neurologique, le Dr A.\_\_\_\_\_ conclut à la présence de douleurs partiellement neurogènes sur le dos du pied avec un Tinel positif sur une cicatrice opératoire, ainsi qu'à des douleurs mixtes, neurogènes et nociceptives à la pression du pied, remontant proximale sur la cheville, la jambe et la cuisse externe à gauche. Il estime que l'allodynie ressentie sur le dos du pied correspond à la

présence d'un probable névrome sur le lit cicatriciel et précise que la douleur remontant sur le côté latéral correspond à un trajet pseudoradiculaire à progression centripète. Il écarte toutefois une affection radiculaire du membre inférieur gauche, pour laquelle il ne retrouve pas de signes, malgré l'hypothèse émise par le Dr V.\_\_\_\_\_, qui n'avait d'ailleurs pas été confirmée par le Dr J.\_\_\_\_\_. Le Dr A.\_\_\_\_\_ ne retrouve en outre pas de signes en faveur d'une algoneurodystrophie, ni d'explication neurologique cohérente à l'hypoesthésie en chaussette unilatérale gauche.

L'expert expose que les limitations du recourant sont relatives à des douleurs mixtes, à la fois orthopédiques - donc nociceptives - et neurogènes sur le nerf musculocutané. Sur le plan neurologique, la capacité de travail en tant que maçon est nulle depuis la deuxième intervention, le 5 juin 2014. Le Dr A.\_\_\_\_\_ explique en effet que la charge du membre inférieur gauche, et en particulier les contraintes importantes sur le pied gauche que nécessite ce métier, ne sont pas envisageables d'un point de vue neurologique. Il estime que dans une activité adaptée, qui évite le port de charge au-delà de 5 kg, la surcharge chronique du pied gauche, la marche sur un sol irrégulier ou de façon prolongée, et qui privilégie la station assise, la capacité de travail du recourant peut être évaluée à 80 %, soit 100 % avec une perte de rendement de 20 % en raison des plages de repos nécessaires, et ce dès le 5 septembre 2014, respectivement dès le 1<sup>er</sup> décembre 2015 (expertise neurologique p. 30).

Au vu de l'échec de la prise en charge antalgique, l'expert suggère une approche de type interventionnel, avec un stimulateur intrarachidien, qui pourrait constituer une « porte de sortie pour l'état douloureux », que l'on retienne ou non un CRPS, vu qu'il y a une douleur neuropathique. Il considère cette approche comme justifiée, sous réserve d'une contre-indication d'ordre psychiatrique.

**e)** Au niveau psychiatrique justement, le Dr F.\_\_\_\_\_ conclut à un épisode dépressif moyen évoluant depuis août 2012, au moment de

la prise en charge à la T.\_\_\_\_\_, avec syndrome somatique (F32.11). Cet épisode se traduit par une humeur triste, une baisse d'élan vital, une fixation dans une position de victime, une baisse d'estime de soi avec des fluctuations d'humeur et des idées suicidaires plutôt passives, jamais scénarisées. Pour cette raison et en l'absence d'éléments psychotiques associés, l'expert écarte le diagnostic d'épisode dépressif sévère posé par la Dre S.\_\_\_\_\_. Il relève également un émoussement des affects, mais qu'il considère plutôt comme faisant partie du trouble de personnalité présenté par le recourant. Compte tenu de l'absence d'antécédents d'épisodes dépressifs, il écarte le diagnostic de trouble dépressif récurrent et en fait de même avec celui de trouble affectif bipolaire, faute d'antécédents de phase d'euphorie, d'exaltation d'humeur et de dépenses immodérées d'argent.

L'expert psychiatre retient également le diagnostic de syndrome de dépendance compte tenu de l'utilisation chronique de produits toxiques multiples (F19.1), à savoir d'opiacés et de méthadone, ainsi que de cannabis ou THC. Il précise que le recourant les a utilisés en vue de diminuer ses douleurs. Ces consommations ont surtout été présentes en 2016, ont diminué dans le temps, mais sont toujours présentes. Elles sont favorisées par la personnalité atypique du recourant. L'absence de signes de manque physique et la diminution de la consommation éliminent l'existence d'une dépendance aux produits. Le recourant était suivi à l'O.\_\_\_\_\_ depuis deux ans.

Entre autres diagnostics, le Dr F.\_\_\_\_\_ écarte notamment un trouble somatoforme du fait que les douleurs ne sont pas dominantes dans le tableau clinique psychiatrique et qu'il existe un substrat organique sous-jacent.

Comme le Dr W.\_\_\_\_\_, il retrouve chez l'assuré des traits de personnalité évitante, mais constate qu'il n'a pas de difficulté à prendre seul des décisions importantes, ce qui permet d'éliminer des traits de personnalité dépendante. Il observe une passivité, une crainte de la critique, ainsi qu'une froideur et une bizarrerie de contact, une immaturité.

Procédant à l'examen de différents troubles de personnalité, l'expert finit par conclure que la personnalité du recourant est difficile à définir, mais paraît pathologique. Il retient dès lors un trouble de personnalité, sans précision (F60.9).

Le Dr F. \_\_\_\_\_ indique ne pas avoir retrouvé les éléments passifs agressifs décrits dans l'expertise du 13 mars 2013, n'ayant notamment pas observé d'opposition passive. Il qualifie le processus d'invalidation retenu par le Dr Z. \_\_\_\_\_ de possible puisque la symptomatologie est atypique.

Le Dr F. \_\_\_\_\_ a procédé à l'examen du caractère invalidant des atteintes psychiques retenues au regard des indicateurs jurisprudentiels applicables. Tenant compte du caractère plus ou moins prononcé des éléments propres à chaque diagnostic, il retient notamment que le caractère passif et inhibé du recourant s'est accentué avec l'addiction. Sur le plan thérapeutique, il constate que le traitement est peu efficace et estime souhaitable de changer de classe d'antidépresseur. Il considère que le sevrage total en produits toxiques est exigible et précise que la méthadone ne limite pas la capacité de travail, car elle est bien tolérée. Il a procédé à un examen détaillé de la personnalité du recourant, concluant à la présence de traits évitants, passifs et immatures dans le cadre d'un trouble de personnalité sans précision. Au niveau de la cohérence, il ne note rien d'anormal entre la description clinique réalisée et celles retrouvées dans les différents rapports. L'expert relève cependant une étrangeté dans le parcours biographique du recourant, avec une cassure étonnante dans son mode de fonctionnement, à la suite de l'accident, alors qu'il ne relate pas d'événements collatéraux. Concernant les ressources du recourant, l'expert note que sa capacité d'adaptation aux règles et routines est bonne, mais que sa capacité d'adaptation au changement est faible. Sa persévérance est également faible, du fait d'une fatigabilité et d'un manque de confiance en ses capacités et jugements. Le recourant peut en revanche prendre soin de lui et son contact aux autres permet une activité de groupe. L'expert retient ainsi comme limitations fonctionnelles le fait de pouvoir exercer un travail

maîtrisé, répétitif, sans stress et sans traitement d'informations simultanées. Il estime que la capacité de travail était de 100 % jusqu'à octobre 2017. Depuis 2017, il considère que le caractère passif et inhibé s'est accentué avec l'addiction, sur de faibles capacités, de sorte que le rendement est de 80 % dans un emploi à 100 %, respectivement la capacité de travail est de 80 %. Il indique qu'il ne peut donner plus de précisions quant au début du caractère incapacitant de l'atteinte car le recourant n'a pas pu lui donner de date précise quant au début de sa consommation en héroïne. Le Dr F.\_\_\_\_\_ est cependant d'avis que la capacité de travail pourrait être à nouveau de 100 % d'ici six mois en cas de sevrage des produits toxiques et d'efficacité du traitement antidépresseur.

**f)** Les experts ont finalement procédé à une évaluation consensuelle au terme de laquelle ils ont précisé que la diminution de rendement de 20 % pour les douleurs et celle de 20 % d'ordre psychiatrique ne s'additionnaient pas, si bien que la capacité de travail globale dans une activité adaptée était de 80 %. Finalement, ils relèvent que même si le sevrage en produits toxiques et le traitement antidépresseur permettraient d'améliorer la capacité de travail du recourant sur le plan psychique, une incapacité de travail persisterait pour des raisons rhumatologiques.

**g)** Le rapport du 11 juillet 2021 du Dr X.\_\_\_\_\_ produit par le recourant ne permet pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire.

S'agissant des troubles orthopédiques et neurologiques, le médecin traitant ne conteste pas les constatations des experts et reconnaît la possibilité pour le recourant de travailler dans une activité adaptée, avec les limitations établies par les experts. Certes, il recommande vivement une prise en charge par stimulateur intrarachidien, comme proposé par le Dr A.\_\_\_\_\_, mais cette question n'a toutefois aucune incidence sur l'évaluation de la capacité de travail du recourant.

En ce qui concerne les troubles psychiques, le Dr X. \_\_\_\_\_ renvoie tout d'abord aux rapports des psychiatres traitants. Or aucun rapport médical émanant de l'O. \_\_\_\_\_ n'a été produit au cours de la procédure en vue de remettre en cause les conclusions de l'expert psychiatre. Ce dernier a par ailleurs pris en compte le rapport psychiatrique du Dr W. \_\_\_\_\_ figurant au dossier.

Le Dr X. \_\_\_\_\_ estime que dans la mesure où le trouble de la personnalité retenu est peu clair, celui-ci devrait être davantage investigué, surtout du fait qu'il est associé à un trouble dépressif concomitant. Il faut toutefois constater que le Dr F. \_\_\_\_\_ a examiné de manière précise la personnalité du recourant et a exposé les raisons pour lesquelles les caractéristiques de sa personnalité ne constituaient pas un des troubles de la personnalité spécifiques de la CIM-10, de sorte qu'il le classait sous la catégorie de trouble de la personnalité sans précision (F60.9). Ce n'est donc pas en raison d'un manque d'investigations qu'il a retenu un tel diagnostic.

Il paraît difficile, aux yeux du médecin traitant, de tabler sur un arrêt des consommations définitif dans un délai de six mois tel que suggéré par le Dr F. \_\_\_\_\_, surtout en présence de troubles thymiques et de troubles de la personnalité de nature indéterminée. L'expert psychiatre a toutefois conclu à l'exigibilité d'un sevrage en pleine connaissance de la situation psychiatrique du recourant. Quoi qu'il en soit, cette question n'a pas besoin d'être examinée plus avant puisque, même dans l'hypothèse où un sevrage et une adaptation du traitement antidépresseur permettraient au recourant de retrouver une pleine capacité de travail sur le plan psychique, sa capacité de travail demeurerait limitée à 80 % pour des raisons neurologiques.

S'agissant de la brucellose hépatique, celle-ci était guérie au moment de l'expertise, de sorte qu'une éventuelle rechute doit, pour autant qu'elle entraîne une incapacité de travail durable, être examinée dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations. Il en va de même de la problématique urinaire, qui est nouvelle.

**h)** Le recourant fait valoir que ses douleurs ne lui permettent pas de travailler à plus de 50 %. Il n'apporte toutefois aucun document médical à l'appui de ses déclarations. Le Dr X. \_\_\_\_\_ ne se prononce d'ailleurs pas sur la capacité de travail, mais reconnaît la possibilité pour le recourant de travailler dans une activité adaptée aux limitations établies par les experts, sur le plan orthopédique et neurologique. Contrairement à ce que le recourant soutient, il ressort de l'expertise que le Dr A. \_\_\_\_\_ a dûment pris en compte ses douleurs, concluant précisément à une capacité de travail limitée à 80 % en raison de celles-ci.

Sur le plan psychiatrique, comme déjà relevé, le Dr F. \_\_\_\_\_ a précisé les raisons pour lesquelles il a conclu à la présence d'un épisode dépressif moyen et non sévère, et s'est prononcé de manière motivée sur la capacité de travail.

**i)** Il résulte de ce qui précède que c'est à juste titre que l'OAI a considéré que le recourant présentait une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2015, c'est-à-dire une activité avec un travail maîtrisé, répétitif, sans stress, sans traitement d'informations simultanées, permettant le changement des positions, sans position statique assise ou debout prolongée, sans soulèvement et/ou port itératif de charges supérieures à 5 kg, sans déplacement sur terrain inégal ni déplacements fréquents ou sur de longs trajets, sans travail sur une échelle ou un échafaudage et sans travail en position accroupie ou agenouillée.

**5. 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)** 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).

**d)**

**aa)** 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).

**bb)** Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus

(RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; 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, respectivement est modifié (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

**cc)** 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).

**6. a)** Il ressort de la fiche d'examen du droit à la rente du 1<sup>er</sup> mars 2021 que l'OAI a fixé le degré d'invalidité à 5,25 % sur la base du calcul du salaire exigible du 5 janvier 2016. Or ce calcul, effectué avant l'expertise pluridisciplinaire, se fondait sur l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, partiellement sédentaire, n'exigeant pas de déplacements fréquents prolongés ou en terrain irrégulier. Compte tenu de la capacité de travail finalement arrêtée, le calcul du 5 janvier 2016 n'est plus d'actualité pour ce qui concerne le revenu d'invalidité. Il convient donc de procéder à un nouveau calcul du degré d'invalidité tenant compte de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles arrêtées à l'issue de l'expertise.

**b)** En l'espèce, la comparaison des gains doit s'effectuer par rapport à l'année 2015 (cf. TF 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6 *in fine*), comme l'a fait l'OAI.

**c)** Le revenu sans invalidité retenu par l'OAI, soit 70'404 fr. 82, peut être confirmé. Celui-ci a été fixé sur la base des indications données par l'ancien l'employeur du recourant et n'est pas contesté.

**d)** Dans la mesure où le recourant n'a repris aucune activité lucrative à la suite de son accident, il convient, comme l'a fait l'OAI, de se baser sur les données salariales statistiques ressortant de l'ESS, ce qui est conforme à la jurisprudence (cf. consid. 5d/aa supra). L'OAI reprend de manière étonnante un salaire statistique de 2013, alors qu'il n'y a pas eu de publication de l'ESS cette année-là. Il convient de tenir compte des données de l'ESS 2014 et de les indexer à l'année 2015. Selon ces données, le salaire auquel pouvaient prétendre les hommes en 2014 dans des activités manuelles simples était de 5'312 fr. pour une semaine de travail de 40 heures. Compte tenu de la durée hebdomadaire moyenne de travail en 2014 (41,7 heures) et de l'indexation des salaires nominaux entre 2014 et 2015 pour les hommes (+ 0,3 %), on obtient un salaire annuel de 66'652 fr. 48 pour un plein temps et de 53'321 fr. 98 pour une capacité de travail de 80 %. En comparaison du revenu sans invalidité, cela mène à un taux d'invalidité de 24,26 %.

Dans la feuille de calcul du 5 janvier 2016, l'OAI n'a pas appliqué d'abattement au motif que les limitations fonctionnelles résiduelles correspondaient pleinement à une activité en industrie légère. Dans la mesure où les limitations fonctionnelles finalement arrêtées à l'issue de l'expertise, en plus d'être plus nombreuses, concernent aussi la sphère psychique, et compte tenu du taux de travail partiel du recourant, on pourrait admettre de procéder à un abattement sur le salaire statistique. Le recourant soutient qu'il convient également de tenir compte, dans le taux d'abattement, de son éloignement du marché du travail durant une longue période mais n'explique pas dans quelle mesure il en subirait un désavantage salarial, alors que les activités adaptées envisageables en l'espèce ne requièrent pas de formation particulière. En outre, le fait qu'il aurait été déclaré inapte au placement par les autorités de chômage n'est pas déterminant, puisque cette notion comprend

l'aptitude subjective au placement et diffère ainsi de celle d'exigibilité d'une reprise d'emploi, qui s'applique en l'espèce. Cela étant, même en appliquant un abattement de 10 %, qui tiendrait amplement compte des désavantages salariaux du recourant, on obtient un taux d'invalidité de 31,84 %, insuffisant pour maintenir le droit à une rente d'invalidité.

C'est par conséquent à juste titre que l'OAI a mis fin à la rente entière du recourant en date du 29 février 2016, soit trois mois après l'amélioration de sa capacité de travail (art. 88a al. 1 RAI).

**7. a)** 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).

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

**c)** En l'occurrence, dans la décision litigieuse, l'OAI a nié le droit du recourant à des mesures de reclassement au motif que son préjudice n'était que d'environ 5,25 %. Or, comme vu ci-dessus, le taux

d'invalidité du recourant est de 24 % à tout le moins, et est ainsi suffisant pour lui ouvrir potentiellement le droit à des mesures d'ordre professionnel, en particulier le droit à une mesure de reclassement au sens de l'art. 17 LAI. Il convient donc de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il se prononce sur le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel.

**8. a)** Le recours est par conséquent partiellement admis. La décision du 10 août 2021 est confirmée en tant qu'elle met fin à la rente entière d'invalidité du recourant au 29 février 2016 et annulée en tant qu'elle concerne le droit à des mesures d'ordre professionnel, la cause étant renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire puis décision sur cette question.

**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 en l'occurrence à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant par 400 fr. et de l'OAI par 200 francs.

**c)** La partie recourante obtient partiellement gain de cause et a droit à une indemnité de dépens réduits à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité réduite à 1'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

**d)** La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Treyvaud peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 17 décembre 2021, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 1'662 fr. 35, débours par 5 % et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ

[règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

Cette indemnité étant partiellement couverte par les dépens à hauteur de 1'000 fr., le solde de 662 fr. 35 est provisoirement supporté par le canton.

**e)** La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision rendue le 10 août 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée en tant qu'elle met fin à la rente d'invalidité de Q. \_\_\_\_\_ au 29 février 2016 et annulée en tant qu'elle lui refuse des mesures professionnelles, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction puis nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat à hauteur de 400 fr. (quatre cents francs) et mis à la charge de l'Office de

l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud par 200 fr. (deux cents francs).

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant la somme de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens réduits.
- V.** L'indemnité d'office de Me Paul-Arthur Treyvaud, conseil d'office du recourant, est arrêtée, après déduction des dépens précités, à 662 fr. 35 (six cent soixante-deux francs et trente-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VI.** La partie bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Paul-Arthur Treyvaud (pour Q. \_\_\_\_\_),
- 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 :