

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 avril 2023

Composition : M. NEU, président

Mmes Durussel et Gauron-Carlin, juges

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourant, représenté par Me Flore Primault, avocate, à Lausanne,

et

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

Art. 16 et 17 LPGA ; art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. X. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1960, est marié et père de trois enfants désormais adultes. Sans formation professionnelle certifiée, il a exercé l'activité de charpentier pour le compte de plusieurs entreprises depuis 1983.

En incapacité totale de travail en raison d'un accident survenu le 13 juillet 2012, il a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité par dépôt du formulaire ad hoc auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 19 décembre 2012.

Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a recueilli le dossier constitué par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA). Il peut en être retenu que l'assuré a été victime d'une chute sur son lieu de travail le 13 juillet 2012, laquelle a entraîné une fracture du cotyle droit. Hospitalisé au sein du Centre hospitalier B. _____, il a fait l'objet d'une intervention chirurgicale le 18 juillet 2012, à savoir une réduction et une ostéosynthèse du cotyle droit, ainsi qu'une cure de hernie inguinale. Compte tenu de la survenance subséquente d'une coxarthrose post-traumatique, il a subi une arthroplastie totale de la hanche droite le 8 avril 2013 (cf. rapports du Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier B. _____ des 17 août 2012 et 11 avril 2013, à l'attention de la CNA).

L'assuré a séjourné aux fins de rééducation auprès de la Clinique D. _____ du 7 janvier au 5 février 2014. Le rapport corrélatif, établi le 17 février 2014, a fait état des diagnostics de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleur et limitation fonctionnelle de la hanche droite et de neuropathie sensitive du nerf fémoro-cutané, avec un antécédent d'arthroplastie totale de la hanche gauche en 2010 au motif d'une coxarthrose. L'évolution de la situation était favorable, dans la mesure où l'assuré avait pu reprendre progressivement son activité habituelle de charpentier dès le 14 juillet 2013 pour atteindre un taux

d'activité de 60 % dès le 10 février 2014. Une augmentation progressive de la capacité de travail de 10 à 20 % était envisageable dès mars 2014.

L'assuré a repris son activité de charpentier à plein temps à partir du 1^{er} septembre 2014.

Consulté pour avis, le Service médical régional (SMR) a retenu, le 15 décembre 2014, que l'assuré avait été en incapacité de travail de 100 % dès son accident jusqu'au 13 juillet 2013, puis de 75 % jusqu'au 13 août 2013, de 50 % jusqu'au 9 février 2014 (sous réserve d'une incapacité totale de travail du 7 janvier au 8 février 2014, durant le séjour à la Clinique D. _____), de 40 % jusqu'au 30 avril 2014 et de 20 % jusqu'au 31 août 2014. La capacité de travail était totale dès le 1^{er} septembre 2014.

Fondé sur le document précité, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet au 30 novembre 2013, une demi-rente d'invalidité en décembre 2013 et un quart de rente d'invalidité du 1^{er} janvier au 31 juillet 2014, aux termes d'une décision du 17 juin 2015.

B. X. _____ a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI le 7 juin 2019, indiquant avoir été victime d'un nouvel accident de travail le 17 décembre 2018. Cet événement avait nécessité des interventions chirurgicales en raison de la fracture de plusieurs vertèbres et de la prothèse de la hanche gauche. Des complications étaient survenues dans les suites opératoires.

La CNA a fait parvenir un tirage de son dossier à la demande de l'OAI. Il en ressort que les Etablissements hospitaliers A. _____ ont diagnostiqué une fracture de l'ostéophyte antérieur de D12, un tassement de L1, une fracture du plateau supérieur de L4, une fracture du coccyx et un traumatisme crânien simple (cf. rapport du 14 janvier 2019 adressé à la CNA). L'assuré, transféré au Centre hospitalier B. _____ le jour de l'accident, a fait l'objet d'une cimentoplastie des L1 gauche et L4 droite au sein du Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle de cet

établissement (cf. protocole opératoire du 20 décembre 2018). Hospitalisé ultérieurement auprès du Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier B._____, l'assuré a subi une nouvelle intervention le 28 janvier 2019, au motif d'une dissociation tête-col de la prothèse totale de la hanche gauche. Dans un rapport du 12 février 2019, le Prof. C._____, médecin chef, a notamment relaté que l'assuré avait présenté, dans les suites opératoires, des embolies pulmonaires multiples segmentaires bilatérales, ainsi qu'une thrombose veineuse profonde courte du membre inférieur gauche, en présence d'une tachycardie supraventriculaire. Des traitements anticoagulants et bêtabloquants per os avaient été mis en place. Le 8 mai 2019, le Prof. C._____ a observé que l'évolution de l'assuré était lentement favorable chez un patient qui se plaignait de douleurs aux deux hanches et au dos ; en ce qui concernait la hanche gauche, l'assuré se sentait à l'aise avec des cannes, malgré une grosse fatigabilité au niveau des deux cuisses. Le bilan radiologique était rassurant. L'incapacité de travail était totale jusqu'au 30 juin 2019. Une capacité de travail de 50 % était envisageable dès le 1^{er} juillet 2019 dans une activité adaptée, une reprise de l'activité de charpentier étant qualifiée d'illusoire. Le 11 juin 2019, l'assuré a subi une cimentoplastie T12 sous anesthésie locale auprès du Service de radiodiagnostic et de radiologie interventionnelle du Centre hospitalier B._____.

La société F._____ Sàrl a complété un rapport d'employeur à l'attention de l'OAI le 29 juillet 2019, indiquant avoir engagé l'assuré, à compter du 1^{er} octobre 2018, en tant que charpentier à plein temps, pour un salaire annuel de 74'100 francs.

Sur mandat de la CNA, l'assuré a séjourné auprès de la Clinique D._____ du 12 novembre au 4 décembre 2019. Aux termes de leur rapport du 6 décembre 2019, les Drs J._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, et K._____, médecin assistante, ont retenu les diagnostics de dorsolombalgie chronique, de troubles dégénératifs du rachis, de maladie hyperostose, de douleurs des hanches et de reflux gastro-œsophagien, en sus des multiples antécédents connus auprès de l'assuré. Ils ont fait part d'un

bilan radiologique du rachis « très rassurant », en dépit de la persistance de douleurs intenses dorsolombaires et des hanches. Aucun diagnostic psychiatrique n'était mentionné, à part une kinésiophobie, une focalisation sur la douleur et des inquiétudes pour l'avenir. Le pronostic de réinsertion dans l'activité de charpentier était défavorable en raison des facteurs médicaux, tandis qu'un changement d'activité professionnelle était nécessaire.

Dans un rapport du 3 février 2020 à la CNA, le Prof. C. _____ a exposé qu'à l'examen clinique des hanches, la cicatrice était calme et le bassin à niveau, en présence d'un bilan radiologique satisfaisant et d'une consolidation acquise. A son avis, l'assuré pouvait travailler, au moins de façon partielle, dans un travail adapté, sans trop de déplacements et sans position assise prolongée.

Le Centre d'antalgie du Centre hospitalier B. _____ a adressé un rapport au Dr E. _____, médecin généraliste traitant, le 17 avril 2020, mentionnant les diagnostics de fracture subaiguë de L4, de lombalgies chroniques avec radiculalgies L3-L4 bilatérales et de neuropathie du nerf cutané latéral de la cuisse droite. Après avoir procédé à des imageries par résonance magnétique (IRM), le centre précité relevait que la vertèbre L4 demeurait stable dans sa forme, de sorte qu'aucun geste chirurgical supplémentaire n'était indiqué. L'assuré bénéficierait d'un traitement antalgique et d'infiltrations, voire d'une radiofréquence thermique.

Le 23 juillet 2020, la Dre H. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à un examen final de l'assuré. Elle a estimé que ce dernier n'était plus en mesure d'exercer une activité lourde sur les toits. Il devait respecter ses limitations fonctionnelles, à savoir éviter les positions statiques debout ou assis, alterner les positions au minimum quatre fois par heure avec quelques pas, éviter le port de charges, les positions en porte-à-faux du tronc et la marche prolongée au-delà de quelques pas. Compte tenu de ces restrictions, la capacité de travail exigible n'excédait pas 50 % dans une activité adaptée.

Le Dr E. _____ a adressé un rapport à l'OAI le 27 août 2020, soulignant que son patient présentait toujours des douleurs dorsolombaires et des coxalgies gauches, qui l'obligeaient à marcher avec une ou deux cannes de manière permanente. Il estimait que la capacité de travail était nulle en l'état et que l'assuré était incapable de travailler à un taux de 100 % de manière définitive. Il relevait que vu le parcours professionnel de celui-ci, il disposait de peu de chances de trouver un emploi en dehors du secteur du bâtiment. En outre, une réinsertion ou une formation n'avait pas beaucoup de sens, à son avis, étant donné la relative proximité de l'âge de la retraite.

Par avis du 26 octobre 2020, le SMR a retenu que l'assuré avait présenté une incapacité totale de travail depuis le 17 décembre 2018 et qu'il était théoriquement doté d'une capacité de travail de 50 % depuis le 23 juillet 2020 selon les conclusions de la Dre H. _____.

Le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a procédé à l'évaluation du degré d'invalidité de l'assuré le 4 novembre 2020. Il a pris en compte un revenu sans invalidité de 74'470 fr., sur la base des données communiquées par l'employeur, et un revenu d'invalidé de 30'800 fr., fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), compte tenu d'un abattement de 10 % sur le revenu statistique. Il a ainsi mis à jour un taux d'invalidité de 58,64 %.

Par projet de décision du 10 novembre 2020, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui allouer une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2019 au 31 octobre 2020, réduite à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2020.

La CNA a, de son côté, rendu une décision le 27 novembre 2020, octroyant à l'assuré une rente d'invalidité de 60 % et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 19,38 %.

L'assuré, représenté par Me Flore Primault, a contesté le projet de décision de l'OAI du 10 novembre 2020 par correspondance du 11

décembre 2020. Il a, premièrement, fait grief à l'OAI de ne pas avoir fait application à son cas de la jurisprudence fédérale rendue en faveur des assurés âgés de plus de 60 ans. Deuxièmement, si dite jurisprudence ne devait pas lui être appliquée, il a requis qu'un abattement supplémentaire sur le revenu d'invalidité de 20 % soit pris en considération par l'OAI au vu de son âge, de ses limitations fonctionnelles et de son parcours professionnel. Il a, en définitive, conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ou, à tout le moins, de trois-quarts de rente d'invalidité.

A la même date, l'assuré, également assisté de Me Primault, a formé opposition à l'encontre de la décision de la CNA, eu égard à la quotité de la rente d'invalidité et au taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Cette opposition a été rejetée par la CNA le 14 juin 2021.

Par communication du 8 octobre 2021, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une mesure d'aide au placement. Il a également signalé à ce dernier, dans une correspondance du même jour, rejeter les objections soulevés le 11 décembre 2020. Il précisait que l'abattement opéré à hauteur de 10 % sur le salaire d'invalidité lui semblait approprié, en raison de l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative à temps partiel et de l'âge de l'assuré. Il relevait également que celui-ci disposait d'une longue expérience dans le domaine manuel, transposable dans le secteur de l'industrie légère.

L'OAI a établi deux décisions le 18 novembre 2021, allouant à l'assuré une rente entière d'invalidité, fondée sur un taux d'invalidité de 100 % du 1^{er} décembre 2019 au 31 octobre 2020, réduite à une demi-rente d'invalidité, basée sur un taux d'invalidité de 59 % dès le 1^{er} novembre 2020.

C. X._____, sous la plume de Me Primault, a déféré la décision de l'OAI du 18 novembre 2021 (réduisant la rente entière d'invalidité servie dès le 1^{er} décembre 2019 à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2020) auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 21 décembre 2021. Il a repris les

arguments avancés au stade de la procédure d'audition auprès de l'OAI, faisant en outre valoir que le marché du travail équilibré ne pouvait vraisemblablement pas lui fournir de poste correspondant à son état de santé et à ses compétences professionnelles. Il a conclu principalement à la réforme de la décision querellée et au maintien du versement d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2020, subsidiairement au versement de trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2020. Il a, encore plus subsidiairement, conclu à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision.

L'OAI a répondu au recours le 28 février 2022 et conclu à son rejet. Il s'est référé, en particulier, à l'avis du SMR du 26 octobre 2020 et à l'évaluation de son Service de réinsertion professionnelle du 4 novembre 2020, ainsi qu'aux termes de son courrier à l'assuré du 8 octobre 2021.

L'assuré a confirmé ses conclusions par réplique du 30 mai 2022.

Dans l'intervalle, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rendu un arrêt le 17 mars 2022, en la cause AA 96/21 - 33/2022, par lequel elle a rejeté le recours de l'assuré contre la décision sur opposition de la CNA du 14 juin 2021. Cet arrêt est entré en force.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 21 décembre 2021 contre la décision de l'intimé du 18 novembre 2021 a été interjeté en temps utile. Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} novembre 2020.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du Développement continu de l'assurance-invalidité (LAI, modification du 19 juin 2020, RO 2021 705 ; RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste applicable au cas particulier, au vu de la date de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

4. a) L'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).

b) 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.

5. Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet

rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

6. **a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

7. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant a présenté une incapacité totale de travail à compter de l'accident du 17 décembre 2018 jusqu'au 23 juillet 2020. Le recourant ne remet par ailleurs pas en

question les observations et conclusions de l'examen final réalisé par la Dre H._____ le 23 juillet 2020. Celles-ci, auxquelles s'est rallié le SMR dans son avis du 26 octobre 2020, apparaissent documentées à satisfaction et ne sont contredites par aucun document médical spécialisé versé au dossier du recourant. On ajoutera que le Prof. C._____ envisageait lui-même la possibilité pour son patient d'exercer une activité à temps partiel (cf. notamment : rapport du 3 février 2020), tandis que le Centre d'antalgie du Centre hospitalier B._____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail du recourant (cf. notamment : rapport du 17 avril 2020). Les conclusions de la Dre H._____ sont au demeurant congruentes avec les constats rapportés en son temps par la Clinique D._____ à l'issue du séjour du recourant (cf. rapport du 6 décembre 2019). On peut dès lors retenir, à l'instar de l'intimé, que le recourant est doté d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées par la Dre H._____, au plus tard depuis l'examen réalisé le 23 juillet 2020. L'intimé était donc légitimé à réexaminer le droit à la rente du recourant dès cette date, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA.

8. a) En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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 (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.1).

b) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

c) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidité est évalué sur la base des salaires ressortant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb).

Cas échéant, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3).

d) La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité, où elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre

en ligne de compte pour l'assuré (art. 7 et 8 LPGA). C'est le principe d'uniformité de la notion d'invalidité, lequel règle la coordination de l'évaluation de l'invalidité en droit des assurances sociales. Des divergences ne sont toutefois pas à exclure d'emblée. S'ils ne peuvent pas ignorer purement et simplement l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé un autre assureur social dans une décision entrée en force, ils doivent s'en écarter s'ils ont des motifs pertinents de le faire. Cela ne sera en principe qu'exceptionnellement le cas. L'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.2.1, 126 V 288 consid. 2a et 2d). Il faut en outre tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4, 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2).

9. a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2 ; 8C_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2 et 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que

son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 ; 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et 9C_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2).

b) S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2 ; 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1 et 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2). Cela dit, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5 et les références).

c) Selon la jurisprudence, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel)

d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

10. a) Dans le cas particulier, on relève que la Cour de céans a considéré, dans l'arrêt rendu le 17 mars 2022 en la cause AA 96/21 - 33/2022, que la CNA avait, à bon droit, fait application de l'art. 28 al. 4 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202). Cette disposition permet de faire abstraction de l'âge de l'assuré dans la détermination du degré d'invalidité, lorsque cet élément entrave la reprise d'une activité lucrative ou la capacité de gain.

b) La Cour a retenu que l'absence de reprise de travail par le recourant était essentiellement due à son âge. Ce dernier n'ayant plus qu'une capacité de travail partielle dans une activité adaptée, cela impliquait une réadaptation importante, ce qui était rendu extrêmement compliqué. Le recourant n'avait pas de formation professionnelle et exerçait l'activité de charpentier depuis 1983, ayant travaillé durant trente ans auprès du même employeur, puis pour deux nouveaux employeurs en 2012 et 2018. L'absence de diversité professionnelle et de formation qualifiée constituaient des freins à la reprise d'une activité lucrative, lesquels étaient aggravés par l'âge avancé du recourant. Les difficultés de reclassement ou de reconversion professionnels, ainsi que la diminution des capacités d'adaptation et d'apprentissage étaient directement liées à l'âge du recourant. Les atteintes à la santé constatées n'auraient sans doute pas généré une invalidité aussi importante chez une personne d'âge moyen, qui aurait pu reprendre une activité adaptée sur le marché ordinaire de l'emploi (cf. arrêt du 17 mars 2022 en la cause AA 96/21 - 33/2022, consid. 4b/aa).

c) Quoi qu'en dise l'intimé, les considérations ci-dessus justifient d'examiner le cas du recourant sous l'angle de la jurisprudence fédérale rendue en matière d'exigibilité et dans le cas d'assurés proches de l'âge de la retraite (cf. consid. 9 supra). Compte tenu de l'âge du recourant au moment où l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative a été fixée par la Dre H. _____ (59 ans et 9 mois), on ne peut que reprendre les observations énoncées par la Cour de céans en matière d'assurance-accidents et relever que la probabilité du recourant de retrouver un emploi adapté sur le marché ordinaire de l'emploi est proche de néant. On ajoutera que le recourant est contraint d'effectuer un horaire au taux réduit de 50 %. Il présente également des limitations fonctionnelles contraignantes pour un potentiel employeur, puisqu'il doit pouvoir alterner les positions au minimum quatre fois par heure et éviter la marche au-delà de quelques pas, en sus des restrictions usuelles ménageant le rachis. Etant donné ces éléments, il convient de considérer que la mise en valeur d'une capacité de travail de 50 % dans l'industrie légère (telle que citée en exemple par l'intimé dans sa correspondance au recourant du 8 octobre 2021) ou dans tout autre poste potentiellement adapté sur le marché ordinaire du travail apparaît inaccessible au recourant. Vu que la reprise d'une activité lucrative n'est pas exigible du recourant, il y a lieu de conclure qu'il présente un degré d'invalidité de 100 % au-delà du mois de juillet 2020, de sorte qu'il peut prétendre une rente entière de l'assurance-invalidité au-delà du 31 octobre 2020.

11. Compte tenu de la conclusion ci-dessus, il s'avère superflu d'examiner les autres griefs soulevés par le recourant, singulièrement l'évaluation du degré d'invalidité opérée par l'intimé et l'abattement effectué sur le revenu d'invalidité. Au demeurant, cette question a fait l'objet d'une analyse circonstanciée par la Cour de céans en matière d'assurance-accidents (cf. arrêt du 17 mars 2022 en la cause AA 96/21 - 33/2022, consid. 4).

12. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse réformée, en ce sens que le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité est maintenu dès le 1^{er} novembre 2020.

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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'500 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.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 18 novembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, dès le 1^{er} décembre 2019 et au-delà du 1^{er} novembre 2020.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 frs. (six cents francs), sont portés à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de 1'500 frs. (mille cinq cents francs), à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Flore Primault, à Lausanne (pour X. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :