

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 octobre 2024

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
Mmes Pasche et Brélaz Braillard, juges
Greffier : M. Varidel

Cause pendante entre :

O._____, à [...], recourant, représenté par Me Charles Munoz, à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 6, 7, 8, 17 al. 1 et 61 al. 1 let. c LPGA ; 4 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. O._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], ressortissant [...], sans formation, est entré en Suisse en 2000, actuellement au bénéfice d'un permis C. Il travaillait, depuis le 1^{er} septembre 2005, en qualité de maçon pour le compte de l'entreprise X._____ SA, à [...].

Le 9 septembre 2019, l'assuré a été victime d'un accident professionnel, qui a eu pour conséquence une fracture ouverte de la jambe gauche. Cet accident a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la SUVA).

Le 23 mars 2020, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en faisant état d'une incapacité de travail à 100 % depuis le 9 septembre 2019.

Selon un extrait du compte individuel AVS de l'assuré du 6 avril 2020, celui-ci avait réalisé un revenu de 71'434 fr. en 2017, de 70'199 fr. en 2018 et de 49'693 fr. en 2019.

Dans le cadre de la phase d'intervention précoce, l'assuré a bénéficié de la prise en charge par l'OAI d'une mesure comprenant trois modules prévus auprès de [...], à [...], du 11 mai 2020 au 22 janvier 2021 (communication de l'OAI du 29 avril 2020).

Selon le rapport de l'employeur à l'OAI, rempli le 6 mai 2020, le salaire sans atteinte à la santé de l'assuré pour l'année 2020 était de 69'160 fr. bruts annuels.

Procédant à l'instruction de cette demande, l'OAI s'est vu remettre le dossier médical constitué par la CNA, dont il ressort notamment que l'assuré avait été conduit aux urgences du [...] (ci-après : [...]), où il a subi, le 10 septembre 2019, une réduction fermée et

ostéosynthèse par enclouage centromédullaire par clou T2, réalisée par le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Le dossier médical du [...] mentionnait, à titre de diagnostic secondaire, un état anxiodépressif, sans précision. Dans la rubrique « traitement habituels », il était inscrit « antidépresseur x » (rapport du 30 septembre 2019 et main courante du 3 décembre 2019 du Service d'orthopédie et traumatologie du [...]).

Selon un rapport du 12 février 2020 du Dr P._____, spécialiste en neurologie, les diagnostics étaient une neuropathie axonale du nerf tibial gauche d'origine traumatique avec lésion distalement de la branche nerveuse pour le long fléchisseur des orteils et de status après fracture ouverte et ostéosynthèse par enclouage centromédullaire. Ce spécialiste a suggéré d'adresser l'assuré aux chirurgiens plastiques en vue de réaliser une éventuelle révision du nerf au niveau de sa lésion.

Sur requête de la CNA, l'assuré a séjourné à la Clinique Z._____, (ci-après : Clinique Z._____), à [...], du 5 mai au 10 juin 2020. Dans leur rapport de sortie du 24 juin 2020, les Drs C._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et B._____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics de fracture ouverte Gustillo II médio-diaphysaire tibia et fibula distale à gauche et neuropathie du nerf tibial gauche, distalement de la branche nerveuse des muscles longs fléchisseurs des orteils, en cours de récupération. Aucun diagnostic secondaire n'était retenu. Dans les antécédents médicaux, il était mentionné « état anxio-dépressif en rémission ». On extrait en particulier du rapport des Drs C._____ et B._____ ce qui suit :

« [...]

Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue. Le patient a été vu par le neurologue qui constate une évolution partiellement favorable de la neuropathie du nerf tibial gauche, avec une atteinte qui est distale, au[-]delà de l'émergence du nerf innervant le muscle fléchisseur commun des orteils. La neurographie reste identique mais le tracé myographique s'est enrichi, surtout pour les muscles proximaux (long fléchisseur du gros orteil). Il propose un contrôle d'ici quelques mois.

Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour.

[...]

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues :
Port de charges > 15-20 kg, port de charges répété > 10-15 kg, marche prolongée, marche en terrain irrégulier, position accroupie ou à genoux.

[...]

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable en raison des facteurs médicaux retenus après l'accident.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est favorable.

Nous estimons qu'une reprise progressive dans une activité adaptée serait possible au sein de l'entreprise. Le projet de M. O. _____ d'obtenir les permis de machiniste nous semble réaliste et adapté.

[...] »

Dans un rapport du 31 août 2020 relatif à la consultation de l'assuré le 28 août 2020, le Dr Y. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que le bilan radiologique (de la jambe gauche) retrouvait une fracture consolidée, que les douleurs de l'assuré étaient d'allure neurologique, qu'il n'y avait pas de douleur au niveau des vis de verrouillage ou du point d'entrée du clou, et qu'une ablation du clou centromédullaire n'aurait probablement aucun effet sur les douleurs.

Selon un rapport de mesures d'intervention précoce établi par [...] le 24 février 2021, l'assuré avait réalisé un stage en tant que caissier au magasin [...], à [...], du 17 août au 12 septembre 2020 afin d'évaluer la compatibilité d'un poste de travail en position principalement assise avec ses limitations fonctionnelles. Cette expérience lui avait permis de prendre conscience de l'impact de ses douleurs sur une activité professionnelle et de ses limites, notamment liées à la fréquence de la position debout. Il ressort en outre dudit rapport que lors d'une rencontre avec l'employeur X. _____ SA le 12 février 2021, celui-ci avait exprimé son souhait de pouvoir réintégrer l'assuré dans l'équipe. La proposition de poste adapté était d'aménager un poste de machiniste et de chef d'équipe, dans le but de poursuivre la collaboration de manière durable, nécessitant toutefois un temps de formation et d'accompagnement.

Dans un document intitulé « IP - Proposition de DDP » du 12 mars 2021, l'OAI a mis fin à la période d'intervention précoce. La prise en charge MIP externalisée auprès de [...] n'avait mis en évidence aucune possibilité de poste adapté. Malgré la bonne volonté de l'assuré, celui-ci avait montré des signes de péjoration, avec une grosse boiterie. En outre, d'un commun accord avec son employeur, la possibilité d'un poste aménagé post opératoire et post convalescence était envisagée.

Dans un protocole opératoire du 15 mars 2021 relatif à l'intervention du 2 mars 2021, le Prof. F. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a indiqué avoir procédé à une neurolyse du nerf tibial gauche et une cure du tunnel tarsien gauche. Il a posé les diagnostics principaux de névrome nerf tibial gauche et neuropathie du nerf tibial au niveau du tunnel tarsien. Les antécédents étaient une fracture ouverte médiodiaphysaire 42-B1 selon l'AO [classification AO des fractures osseuses] de la jambe gauche Gustillo II avec une réduction fermée et ostéosynthèse par enclouage centromédullaire par clou T2 le 10 septembre 2019. Un état anxiodépressif était retenu comme « diagnostic secondaire/comorbidité active ». Aucune complication ne résultait de l'intervention chirurgicale effectuée le 2 mars 2021.

Par communication du 16 mars 2021, l'OAI a informé l'assuré que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pour l'heure pas envisageables.

Dans une note médicale de la CNA du 22 avril 2021, la Dre R. _____, médecin praticien, médecin d'arrondissement, a retenu que l'assuré avait présenté une lésion nerveuse qui avait nécessité une neurolyse du nerf tibial gauche et une cure du tunnel tarsien gauche. Le dernier examen électrophysiologique montrait peut-être une petite réapparition d'une réponse sensitive au niveau du nerf médial plantaire gauche, la réponse motrice restant inchangée et trop faible. Dès lors que l'assuré devait être revu par le Dr P. _____ dans un délai de six mois, la

Dre R._____ suggérait de procéder au bilan final en principe à ce moment-là.

Dans un document intitulé « IP - Calcul du salaire exigible » du 2 juin 2021, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a procédé au calcul du salaire exigible de l'assuré, arrêtant le revenu sans invalidité à 73'600 fr. 92, sur la base du « salaire 2017-2018 indexé à 2021 », et le revenu avec invalidité à 62'527 fr. 47 au moyen des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure de salaire (ESS) 2018, niveau de compétence 1, indexé à 2021, en tenant compte d'un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles. En résultait un taux d'invalidité de 15.05 %.

Toujours à la demande de la CNA, l'assuré a séjourné une seconde fois à la Clinique Z._____, du 14 juillet au 10 août 2021. Dans leur rapport de sortie du 25 août 2021, les Drs W._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et D._____, médecin assistant, ont posé les diagnostics principaux de traumatisme de la jambe gauche, fracture ouverte Gustillo II médio-diaphysaire tibia et fibula distale gauche, neuropathie axonale du nerf tibial gauche avec une lésion distalement de la branche nerveuse des muscles longs fléchisseurs des orteils (ENMG [électroneuromyogramme]) ; névrome du nerf tibial gauche et syndrome du canal tarsien (peropératoire). Dans leur appréciation et discussion du cas, les médecins de la Clinique Z._____ ont retenu des limitations fonctionnelles « pratiquement définitives » qui étaient : Pour le membre inférieur gauche : Port de charge répétés de plus de 25-30 kg. Longs déplacements ou station debout prolongée. Ils ont jugé que la situation était « sur le point d'être stabilisée » du point de vue médical en l'absence de nouvelle intervention chirurgicale proposée au cours du séjour, que le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de maçon était défavorable à long terme et qu'une réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était « théoriquement favorable » et une pleine capacité de travail attendue dans une telle activité.

Dans un rapport de consultation du 11 octobre 2021, le Dr P._____ a posé les diagnostics suivants :

« Diagnostic(s) :

- Neuropathie axonale du nerf tibial gauche d'origine traumatique avec lésion distale de la branche nerveuse pour le long fléchisseur des orteils
 - o Status après neurolyse du nerf tibial gauche et du tunnel tarsien gauche le 02.03.2021
 - o Nerf médial plantaire gauche inexcitable à la neurographie orthodromique
- Status après fracture ouverte médio-diaphysaire de la jambe gauche Gustillo 2 avec :
 - o Status post-réduction ouverte et ostéosynthèse le 10.09.2019 par enclouage centromédullaire »

Le Dr P._____ a procédé à l'appréciation du cas, en ces termes :

« Le patient a bénéficié, après cette neurolyse du nerf tibial gauche et du tunnel tarsien gauche le 02.03.2021, d'un séjour à la Clinique Z._____ à [...]. Malheureusement, il y a toujours une persistance de cette douleur neuropathique au niveau de la plante du pied gauche. Une augmentation de la Gabapentine à 1500 mg/jour n'a pas été supportée, pour cette raison il continue au dosage de 1200 mg/jour.

L'examen neurologique révèle toujours ce déficit sensitif au niveau de la voûte plantaire gauche avec une hyperalgésie.

Le bilan électrophysiologique n'a pas changé, il y a toujours plutôt une absence de la réponse sensitive au niveau du nerf médial plantaire gauche et il y a une absence de l'activité volontaire dans le long fléchisseur du gros orteil.

Deux ans après le traumatisme, il n'y a probablement pas de probabilité d'une modification significative.

Pour cette raison, j'ai proposé au patient de le présenter au centre la douleur chez le Docteur [...] pour chercher une autre approche antalgique. [...] »

Dans un rapport du 20 octobre 2021, le Dr K._____, spécialiste en anesthésiologie au sein de l'[...], à [...], a exposé que les options thérapeutiques étaient limitées par le refus de l'assuré de toute approche interventionnelle, lequel attendait une décision de la part des assureurs sociaux concernant une reconversion.

La Dre R._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a revu l'assuré le 15 mars 2022 avant de dresser son rapport d'examen final, daté du lendemain. Elle a retenu les diagnostics suivants :

« **Diagnostic**

- Douleurs de la jambe, de la cheville et du pied G dans les suites d'un traumatisme de la jambe G le 09.09.2019 ayant entraîné une fracture ouverte Gustilo I médio-diaphysaire tibia et fibula G distale ayant nécessité le 10.09.2019 un lavage, débridement et parage de la plaie, réduction ouverte et ostéosynthèse par enclouage centro-médullaire du tibia G.
- Neuropathie axonale du nerf tibial G avec une lésion distale de la branche nerveuse des muscles long fléchisseur des orteils (ENMG du 14.04.2020), névrome du nerf tibial G, syndrome du tunnel tarsien ayant nécessité le 02.03.2021 une neurolyse du nerf tibial G et une cure du tunnel tarsien G.
- Signes dégénératifs de l'articulation talo-naviculaire et image de coalition talo-calcaneenne G sur les radiographies du 16.07.2021.

Diagnostics secondaires

- Lombalgies non déficitaires.
- Embonpoint avec une BMI à 29.9 kg/m².
- Status après état anxiodépressif. »

La Dre R._____ a relevé que sur le plan médical, la situation était stabilisée et a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : Pas de marche en terrains irréguliers, pas de marche prolongée et/ou répétée, pas d'activités statiques debout, pas de position accroupie ou à genou, pas de montée régulière et répétée de pentes, d'escaliers, d'échelles ou d'échelles d'échafaudage, pas de port de charges lourdes supérieures à 10 ou 15 kg, pas de port de charges en montant ou descendant des escaliers ou lors de déplacements. La Dre R._____ a estimé que dans une activité adaptée qui respectait strictement les restrictions fonctionnelles précitées, la capacité de travail était entière sans diminution de rendement. Elle a jugé que l'activité habituelle de maçon n'était plus exigible et qu'une incapacité de travail totale dans cette activité devait lui être reconnue.

Dans un document intitulé « REA - Rapport final » du 26 avril 2022, l'OAI a exposé qu'au vu de l'exigibilité de la reprise d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, aucune mesure de réadaptation ne s'ouvrait à l'assuré. Une aide au placement était préconisée pour l'aider

dans ses démarches de recherche d'emploi, au terme du versement des prestations par l'assureur-accident, à savoir dès le 31 mai 2022.

Par communication du même jour, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'une aide au placement lui était accordée.

Dans un compte-rendu de la cellule d'échange du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) du 20 mai 2022, la Dre M._____, médecin-conseil, a retenu que l'assuré avait été en incapacité de travail à 100 % du 9 septembre 2019 au 10 octobre 2021 dans toute activité et qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée devait lui être reconnue dès le 11 octobre 2021. Elle a exposé en particulier ce qui suit :

« [...]

Selon examen final par le médecin SUVA du 15.03.2022, l'AH [activité habituelle] de maçon n'est plus exigible, par contre la CT [capacité de travail] est de 100 % dans une AA [activité adaptée].

Les LF [limitations fonctionnelles] sont : Sur le plan médical, la situation est maintenant stabilisée. Nous pouvons retenir les limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche en terrains irréguliers, pas de marche prolongée et/ou répétée, pas d'activités statiques debout, pas de position accroupie ou à genou, pas de montée régulière et répétée de pentes, d'escaliers, d'échelles ou d'échelles d'échafaudage, pas de port de charges lourdes supérieures à 10 ou 15 kg, pas de port de charges en montant ou descendant des escaliers ou lors de déplacements. Dans une activité adaptée qui respecte strictement les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus, la capacité de travail est entière sans diminution de rendement. L'activité de maçon n'est plus une activité exigible et une incapacité de travail totale doit lui être reconnue.

Etat anxio-dépressif en rémission selon rapport de la [...] du 25.08.2021 ([...]). Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de 1 à 2 mois et une réévaluation médicale sera nécessaire au terme de ce délai. CT dans l'AH nulle. CT 100 % dans une AA.

A la sortie de la [...] le 10.08.2021, la situation n'est pas stabilisée. Une réévaluation est prévue en octobre 2021.

Le traitement médical SUVA se termine au 31.05.2022 ([...]).

Question(s) posée(s) :

A fixer l'aptitude à la REA [réadaptation]

Peut-on admettre une IT [incapacité de travail] totale dans toute activité du 09.09.2019 au 15.03.2022 (date rdv MA [médecin d'arrondissement] SUVA) ?

Conclusion de la discussion/suite à donner :

Nous pouvons admettre que l'état de santé s'est stabilisé depuis l'examen du Dr P._____ ([...]) le 11.10.2021. L'assuré n'a plus de suivi.

Avant octobre 2021, il est difficile de se positionner sur une capacité de travail partielle dans une AA.
Nous pouvons retenir également le diagnostic associé de lombalgies non déficitaires avec en plus les LF d'alternance de positions.
[...] »

Par projet de décision du même jour, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2020 au 31 décembre 2021, sur la base d'un préjudice économique de 100 %. L'OAI a en outre retenu que l'assuré avait présenté dès le 11 octobre 2021 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles « pas de marche en terrains irréguliers, pas de marche prolongée et/ou répétée, pas d'activités statiques debout, pas de position accroupie ou à genou, pas de montée régulière et répétée de pentes, d'escaliers, d'échelles ou d'échelles d'échafaudage, pas de port de charges lourdes supérieures à 10 ou 15 kg, pas de port de charges en montant ou descendant des escaliers ou lors de déplacements, alternance des positions assis/debout », lui occasionnant alors un taux d'invalidité de 15.05 %, insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité après cette date.

Par décision du 1^{er} juin 2022, la CNA a parallèlement refusé d'allouer une rente d'invalidité à l'assuré en l'absence de diminution notable de sa capacité de gain due à l'accident, aucune perte de salaire ne résultant de la comparaison entre les revenus exigibles sans et avec invalidité. Elle a en revanche alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) à l'assuré. Par décision sur opposition du 7 juillet 2022, la CNA a confirmé sa décision du 1^{er} juin 2022.

Selon un document intitulé « PLA - Rapport final » du 28 juin 2022, l'assuré avait fait savoir à l'OAI qu'il renonçait à l'aide au placement car il n'était pas en état de reprendre une quelconque activité professionnelle et ne désirait pas se lancer dans une démarche de travail si son état de santé ne lui permettait pas.

Par décision du 8 septembre 2022, l'OAI a confirmé son projet de décision du 20 mai 2022.

Par communication du 11 octobre 2022, faisant suite à la requête de l'assuré le 7 octobre 2022, l'OAI a octroyé à l'assuré une aide au placement sous la forme d'un soutien dispensé lors de la recherche d'un emploi adapté jusqu'au 11 octobre 2023.

B. Dans l'intervalle, par acte du 10 octobre 2022, O._____, représenté par Me Charles Munoz, a interjeté recours contre la décision du 8 septembre 2022 de l'OAI devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction, subsidiairement à l'octroi d'une demi-rente illimitée dans le temps dès le 1^{er} janvier 2022. Le recourant a estimé qu'il n'avait pas retrouvé de capacité de travail même dans une activité adaptée en octobre 2021 et a fait valoir que son état de santé n'était pas stabilisé puisqu'il était toujours en arrêt de travail selon les certificats médicaux de sa médecin traitante. Il relevait à cet égard que « les stages effectués, notamment au poste de caissier, s'étaient soldés par des échecs ». Le recourant, estimant que l'OAI s'était basé uniquement sur l'avis de la CNA, a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire orthopédique et neurologique afin de fixer les limitations fonctionnelles. Il a par ailleurs contesté le revenu hypothétique avec invalidité retenu par l'OAI, le qualifiant de « surestimé ». Le recourant a en outre remis un formulaire de demande d'assistance judiciaire avec des annexes.

Par décision du 18 novembre 2022, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 10 octobre 2022, sous forme d'exonération des avances et des frais judiciaires ainsi que de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Munoz. Le recourant a en outre été astreint au paiement d'une franchise mensuelle de 50 fr. dès le 3 janvier 2023.

Dans sa réponse du 14 novembre 2022, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de sa décision. Il a relevé que la requête d'aide au placement formulée par le recourant le 7 octobre 2022 était en

contradiction avec son recours dans lequel il alléguait une inaptitude au travail complète.

Par réplique du 3 février 2023, le recourant, se prévalant d'un rapport du 19 octobre 2022 de la Dre S._____, médecin praticien, médecin traitante, selon lequel la capacité de travail de l'assuré était de 40 % dans un poste adapté à ses limitations fonctionnelles, a fait valoir que son état de santé n'était pas stabilisé et a à nouveau requis la tenue d'une expertise pluridisciplinaire. Il a pour le surplus renvoyé aux arguments de son recours.

Dans sa duplique du 27 février 2023, l'intimé a derechef conclu au rejet du recours et relevé que les brefs propos de la Dre S._____ ne permettaient pas d'avoir un nouvel éclairage sur la situation du recourant dont les limitations fonctionnelles étaient connues et l'autorisaient à exercer une activité adaptée à plein temps.

Dans de nouvelles écritures du 5 avril 2023, le recourant a maintenu ses précédentes conclusions en insistant sur son offre de preuve. Il a produit un rapport du 21 mars 2023 rédigé à l'intention de son avocat par la Dre S._____. On extrait ce qui suit de ce rapport médical :

« Les limitations fonctionnelles édictées par le Dre R._____ en date du 15 mars 2022 restent valables. Depuis l'année dernière, il n'y a pas eu d'amélioration de son état de santé concernant les lésions séquellaires de sa fracture de jambe gauche.

De plus, le patient présente des lombalgies qui ont été soulignées dans les différents rapports mentionnés par la Dre R._____. Ces lombalgies surviennent dès lors que le patient essaie d'augmenter la durée de marche ou encore d'intensifier ses activités physiques. Ceci l'a d'ailleurs conduit à un lumbago ayant nécessité une consultation aux urgences hospitalières au début du mois de janvier 2023.

En plus de ces lombalgies, conséquence au moins en partie d'un déséquilibre postural en lien avec la boiterie secondaire à la fracture et à ses complications, le patient prend quotidiennement du gabapentin (1200 mg/j). Ce traitement soulage les douleurs neuropathiques du patient mais ont en contrepartie l'inconvénient d'entraîner des troubles de la concentration et de la somnolence. A ce jour, il n'est pas envisageable d'arrêter ce traitement, ni même de diminuer la posologie.

Ceci est un élément limitatif pour un travail à 100%, même dans une activité adaptée.

Au total, je retiens une capacité de travail de 40 à 50% dans une activité professionnelle adaptée. »

Dans l'intervalle, s'agissant du « volet accident » de l'évènement du 9 septembre 2019, par arrêt du 25 mars 2024, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assuré et confirmé la décision sur opposition rendue le 7 juillet 2022 par la CNA refusant de lui allouer une rente d'invalidité (CASSO AA 96/22 - 28/2024). Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours et est entrée en force.

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).

b) En l'occurrence, déposé auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité illimitée dans le temps, singulièrement au versement d'une rente partielle d'invalidité après le 31 décembre 2021.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS

831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) En l'espèce, la décision litigieuse, rendue le 8 septembre 2022, fait suite à une demande de prestations déposée le 23 mars 2020. Le droit à une rente prend ainsi naissance au terme du délai de carence de six mois (art. 29 al. 1 LAI), à savoir le 1^{er} septembre 2020, très largement avant le 1^{er} janvier 2022. Il convient dès lors d'appliquer l'ancien droit, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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) 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. 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).

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^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

c) 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).

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).

5. 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. 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 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) 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).

c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

d) Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical.

Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

e) 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).

f) L'appréciation de la capacité de travail relève principalement de la compétence du corps médical (ATF 140 V 193 consid. 3.2). Le rôle du médecin est d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler, en se fondant sur des constatations médicales et objectives, c'est-à-dire des observations cliniques qui ne dépendent pas uniquement des déclarations de l'intéressé, mais sont confirmées par le résultat des examens cliniques et paracliniques (TF 8C_96/2021 du 27 mai 2021 consid. 4.3.1). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré. C'est pourquoi les appréciations des médecins l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2 ; 8C_760/2014 du 15 octobre 2015 consid. 4.3 ; 9C_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4. 1).

6. a) En l'espèce, l'intimé admet que le recourant s'est retrouvé en incapacité de travail totale à la suite de son accident professionnel, le

9 septembre 2019, lui accordant dès lors une rente limitée dans le temps, du 1^{er} septembre 2020 au 31 décembre 2021. Il n'est par ailleurs pas contesté que l'intéressé n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de maçon, laquelle n'est plus adaptée.

En revanche, à la lumière du compte-rendu de la cellule d'échange SMR du 20 mai 2022, établi par la Dre M._____, s'appuyant lui-même sur le rapport d'examen final de la Dre R._____, médecin d'arrondissement de la CNA, et sur les rapports au dossier, l'OAI considère que le recourant a retrouvé une capacité de travail de 100 % dans toute activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles depuis le 11 octobre 2021, ce que le recourant conteste, soutenant que son état n'est pas stabilisé et que sa capacité de travail est de 50 % au maximum. Le recourant estime par ailleurs que l'intimé ne pouvait pas se contenter des seules conclusions du SMR basées sur celles de la Dre R._____, mais aurait dû mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

Il y a lieu de souligner que le fait pour l'OAI de se fonder essentiellement sur les éléments médicaux rassemblés par la CNA n'est pas critiquable en soi. La seule exigence en matière d'instruction est que l'autorité concernée dispose d'un dossier suffisamment complet pour statuer en pleine connaissance de cause sur le droit aux prestations. En l'occurrence, la principale question à élucider par l'intimé relève de l'éventuelle capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée et la date éventuelle à partir de laquelle cette activité adaptée est exigible. L'instruction conduite par la CNA visant à établir les mêmes éléments, l'OAI était sur le principe, compte tenu de l'uniformité de la notion d'invalidité (cf. consid. 4d supra), fondé à se baser sur les éléments médicaux rassemblés par l'assureur-accidents. Cela étant, avant de statuer sur les droits de l'assuré aux prestations de l'assurance-invalidité, l'intimé a bel et bien pris en compte tous les avis médicaux concernant l'ensemble des atteintes qu'il présente.

De surcroît, on ajoutera que la Cour de céans, dans un arrêt entré en force, a reconnu une pleine valeur probante à l'appréciation de la

médecin d'arrondissement de la CNA, confirmant les diagnostics et limitations fonctionnelles posées par celle-ci (cf. arrêt du 25 mars 2024 en la cause AA 96/22 - 28/2024).

b) En l'occurrence, l'accident dont a été victime le recourant le 9 septembre 2019 a été pris en charge par la CNA. L'assuré a ensuite déposé une demande de prestations auprès de l'OAI le 23 mars 2020, qui a fait l'objet d'une instruction en collaboration avec l'assureur-accidents. Les différents rapports médicaux ont été régulièrement communiqués à l'intimé.

Le recourant a ainsi séjourné à deux reprises à la Clinique Z._____ en 2020 et en 2021. Les médecins de cette institution ont d'abord - après le premier séjour - retenu un pronostic favorable à la reprise d'une activité adaptée telle que le projet de machiniste alors envisagé par l'assuré. Ensuite, lors de son second séjour, les médecins de la Clinique Z._____ ont dressé les limitations fonctionnelles suivantes : port de charge répétés de plus de 25-30 kg, longs déplacements ou station debout prolongée. A ce moment-là et alors que des ateliers avaient eu lieu lors du séjour, les intervenants de la Clinique Z._____ ont posé le pronostic défavorable de réinsertion dans l'ancienne activité de maçon, à long terme, mais qu'une réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était favorable et une pleine capacité de travail attendue dans une telle activité (cf. rapports des 24 juin 2020 et 25 août 2021). Lors de son examen de l'assuré du 11 octobre 2021, le Dr P._____ a indiqué que le bilan électrophysiologique n'avait pas changé, avec une persistance de la douleur neuropathique au niveau de la plante du pied gauche ainsi que d'un déficit sensitif à l'examen neurologique, accompagné d'une hyperalgésie. Il constatait ainsi que deux ans après le traumatisme, une modification significative de ce cadre était peu probable. Le cas de l'assuré a en outre été soumis le 22 avril 2021 à la médecin d'arrondissement de la CNA, la Dre R._____, qui l'a également examiné le 15 mars 2022. La Dre R._____ a établi une anamnèse de l'ensemble des rapports médicaux émis par les médecins traitants depuis l'accident du 9 septembre 2019. Elle a posé ses diagnostics et émis son

appréciation dans laquelle elle a déterminé les limitations fonctionnelles suivantes : Pas de marche en terrains irréguliers, pas de marche prolongée et/ou répétée, pas d'activités statiques debout, pas de position accroupie ou à genou, pas de montée régulière et répétée de pentes, d'escaliers, d'échelles ou d'échelles d'échafaudage, pas de port de charges lourdes supérieures à 10 ou 15 kg, pas de port de charges en montant ou descendant des escaliers ou lors de déplacements. Elle a enfin estimé que l'activité habituelle n'était plus exigible et qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était attendue sans diminution de rendement. Le rapport de la médecin d'arrondissement de la CNA est ainsi fondé sur un dossier complet et les conclusions, claires et étayées, sont convaincantes. Les conclusions de ce rapport sont par ailleurs concordantes avec celles des médecins de la Clinique Z._____, qui avaient déjà retenu des limitations fonctionnelles similaires. Quant à la Dre S._____, médecin traitante, elle ne s'est, avant la procédure judiciaire, pas prononcée sur la capacité de travail du recourant, se contentant d'établir de simples certificats d'arrêt de travail non motivés qui ne sauraient constituer des pièces suffisantes pour remettre en cause les rapports des médecins de la Clinique Z._____ et de la Dre R._____.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'intimé a rendu sa décision en se fondant sur un avis du SMR reprenant les conclusions de l'examen complet et probant de la médecin d'arrondissement de la CNA, dont les appréciations concordent au demeurant avec celles des médecins de la Clinique Z._____, où l'assuré a séjourné à deux reprises, ainsi que celles du Dr P._____ et qui a au demeurant été confirmée par une décision de justice entrée en force. La critique du recourant selon laquelle l'intimé ne pouvait pas se contenter de l'avis SMR renvoyant à l'examen de la Dre R._____ ne saurait ainsi être suivie. A cet égard, on rappellera que les avis SMR opèrent une synthèse de la documentation médicale à disposition et ne sont pas dénués de valeur probante. Ils peuvent servir de socle à l'appréciation de l'administration ou du tribunal pour autant que leur fiabilité ne soit pas mise en doute (cf. consid. 5d supra), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Au

vu des documents à sa disposition, la mise en œuvre d'une expertise était superfétatoire et l'argument du recourant tombe dès lors à faux.

c) Le recourant fait cependant valoir que sa capacité de travail dans une activité adaptée n'est que de 50 % au maximum, en se référant aux rapports des 19 octobre 2022 et 21 mars 2023 de sa médecin traitante.

En l'occurrence, les rapports de la Dre S._____ ne sont d'aucun secours au recourant. En effet, dans son rapport du 19 octobre 2022, la médecin traitante s'est limitée à reprendre les limitations fonctionnelles retenues par l'OAI et a estimé une capacité de travail de 40 % dans un poste adapté, sans motivation de son appréciation divergente. Quant au rapport du 21 mars 2023, ce document ne retient aucun élément nouveau depuis la décision litigieuse. En se fondant sur des limitations fonctionnelles toujours identiques à celles prises en compte par l'intimé, la médecin traitante confirme retenir pour sa part une capacité résiduelle de travail du recourant de 40 à 50 % dans une activité adaptée aux restrictions. L'avis de la Dre S._____ paraît procéder d'une appréciation divergente d'un même état de fait clairement établi sur le plan médical, mais sans avoir effectué un examen clinique, ni pris en considération la nécessité d'une approche globale et circonstanciée du cas. En tout état de cause, faute de motivation, la Dre S._____ n'objective pas son appréciation divergente de la capacité de travail résiduelle de son patient. De manière plus générale, il convient de rappeler qu'il est admis, de jurisprudence constante, que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à se montrer favorable envers son patient en raison du mandat thérapeutique et de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (cf. consid. 5e supra).

Dans ses écritures, le recourant fait valoir que la Dre S._____ continue de lui signer des attestations d'arrêt de travail compte tenu des limitations fonctionnelles dont il souffre. Il n'expose cependant pas quelle limitation aurait été erronément écartée, se référant de manière générale à ses limitations fonctionnelles et déclarant que les limitations basées sur

le dossier de l'assurance-accident ont été « minimisées ». Il s'agit là également de son appréciation personnelle de sa capacité de travail résiduelle, sur la base d'un état de fait identique. Dès lors que les médecins de la Clinique Z. _____ - après avoir pu examiner et observer l'assuré dans des ateliers et sur une durée continue de près d'un mois - et, après eux, la Dre R. _____, ont déterminé une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, on ne voit ainsi pas quelle limitation aurait été omise par l'intimé.

Par ailleurs, en évoquant un échec lors d'un stage de « caissier », cette simple affirmation du recourant, au demeurant non étayée quant aux motifs, ne saurait remettre en cause les évaluations médicales de la capacité de travail, l'appréciation de la capacité de travail résiduelle étant une appréciation qui relève en premier lieu des médecins. On relève au surplus qu'un tel poste ne paraît d'emblée pas adapté aux limitations fonctionnelles retenues quant à l'alternance des positions assis/debout, ce qui a possiblement conduit à cet échec.

On relèvera encore que les limitations fonctionnelles retenues permettent d'envisager de nombreuses activités adaptées, même si l'activité habituelle doit être abandonnée. A ce sujet, on ignore pour quelle raison le projet initial de l'assuré de se former à la fonction de machiniste a échoué, respectivement a été abandonné, et si cette activité correspondait à ses limitations fonctionnelles.

d) En conclusion, il y a lieu de retenir que le recourant bénéficie, dès le 11 octobre 2021, d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles (pas de marche en terrains irréguliers, pas de marche prolongée et/ou répétée, pas d'activités statiques debout, pas de position accroupie ou à genou, pas de montée régulière et répétée de pentes, d'escaliers, d'échelles ou d'échelles d'échafaudage, pas de port de charges lourdes supérieures à 10 ou 15 kg, pas de port de charges en montant ou descendant des escaliers ou lors de déplacements, alternance des positions assis/debout).

Par ailleurs, même si la décision attaquée se fonde sur un dossier médical essentiellement bâti par l'assureur-accidents, alors qu'aucun examen clinique ni aucune expertise indépendante n'ont été diligentés par le SMR, les constatations de la Dre R._____ s'avèrent complètes, claires, motivées et ne sont mises en doute par aucun élément au dossier, pas même par les rapports de la médecin traitante, la Dre S._____. Les rapports de cette dernière échouent par ailleurs à démontrer une péjoration des limitations fonctionnelles de l'assuré. Enfin, les constatations de la Dre R._____ ont été confirmées par un arrêt de la Cour de céans entré en force (cf. consid. 7 de l'arrêt du 25 mars 2024 dans la cause AA 96/22 - 28/2024).

7. La question de la capacité de travail résiduelle étant tranchée, il convient d'examiner le dossier sous l'angle économique et de déterminer le revenu avec invalidité et, partant, si le recourant a droit à une rente d'invalidité.

a) 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 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).

bb) 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).

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).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

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).

b) En l'espèce, le recourant n'a pas contesté la méthode choisie, ni le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé. Il se limite à affirmer sans argument que le revenu d'invalidité est « surestimé » et que ses stages ont permis de constater qu'une capacité de travail de 50 % au maximum était réalisable.

aa) Sur le taux d'activité, ainsi qu'il a été vu, il appartient aux médecins de le fixer, les stages permettant à titre d'indice, de renseigner lesdits médecins étant précisé qu'un échec pratique n'a pas nécessairement une origine médicale mais peut aussi survenir en raison d'un déconditionnement ou d'autres facteurs étrangers aux raisons indemnisables par la LAI, voire d'une activité non adaptée.

bb) Les montants retenus par l'intimé, à savoir 73'600 fr. 32 à titre de revenu sans invalidité et de 62'527 fr. 47 de revenu avec invalidité, entraînant un taux d'invalidité de 15.05 %, vérifiés d'office, appellent les considérations qui suivent.

aaa) S'agissant du revenu sans invalidité, l'OAI a retenu un montant de 73'600 fr. 32, sur la base du « salaire 2017-2018 indexé à 2021 » (cf. « IP - Calcul du salaire exigible » du 2 juin 2021), sans aucun autre détail au dossier quant au calcul aboutissant à ce montant. Or en prenant en compte la moyenne des revenus inscrits au compte individuel AVS de l'assuré en 2017 et 2018, à savoir 70'816 fr. 50 (71'434 fr. + 70'199 fr. ÷ 2) et en l'actualisant à l'année 2021 (année d'ouverture de l'éventuel droit à la rente) au moyen de l'Indice suisse des salaires nominaux (ISS ; tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 1942-2023) », l'OAI devait aboutir, étant donné une indexation de 0.9 % en 2019, 0.8 % en 2020 et -0.7 % en 2021, à un revenu sans invalidité déterminant de 71'521 fr. 30. Pour le reste, ce montant n'apparaît pas critiquable dans la mesure où il est supérieur à celui communiqué par l'employeur X. _____ SA aux termes du rapport employeur complété le 6 mai 2020.

bbb) Pour fixer le revenu d'invalidé, l'intimé s'est fondé sur le revenu auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, tel qu'il ressort de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2018 (ESS), éditée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), à savoir un montant mensuel de 5'417 francs. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, l'intimé l'a dès lors adapté à la durée hebdomadaire usuelle dans les entreprises en 2018, à savoir 41,7 heures, dont il résulte un salaire brut annuel de 67'766 fr. 67. Dans son calcul, l'OAI aurait toutefois dû tenir compte d'une indexation de -0.7 % en 2021 et non de 0.8 %, ce chiffre étant déjà publié au moment de la décision litigieuse le 8 septembre 2022. Dès lors, après adaptation à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux pour les hommes des années 2019 (+ 0,9 %), 2020 (+ 0,8 %) et 2021 (-0.7 %), l'OAI devait arriver à un revenu annuel brut statistique de 68'441 fr. 10. Afin de tenir compte des limitations fonctionnelles, l'intimée a pris en compte un abattement supplémentaire de 10 % - qui ne prête pas le flanc à la critique -, ce qui conduit au salaire exigible final de 61'597 francs.

ccc) Partant, en retenant un revenu de valide de 71'521 fr. 30 et après comparaison avec le revenu d'invalidé de 61'597 fr., il en résulte un préjudice économique de 9'924 fr. 30 (71'521 fr. 30 - 61'957 fr.), ce qui correspond à un degré d'invalidité de 13.87 % (9'924 fr. 30 ÷ 71'521 fr. 30).

c) En définitive, un taux d'invalidité de 13.87 % est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité (cf. art. 28 al. 1 LAI) et l'intimé était dès lors fondé à supprimer la rente d'invalidité du recourant après le 31 décembre 2021, trois mois après qu'il ait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (art. 17 al. 1 LPGA et 88a al. 1 RAI).

8. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction, singulièrement la mise en œuvre d'une expertise judiciaire apparaît inutile car les

renseignements médicaux pertinents et nécessaires figurent au dossier, de sorte que la requête formulée en ce sens par le recourant dans ses écritures doit être rejetée. L'instruction ayant été menée de manière complète par l'OAI qui a pris le soin de se renseigner auprès des autres assureurs sociaux, de l'ensemble des médecins, sur l'ensemble des atteintes à la santé du recourant pouvant induire des limitations fonctionnelles, il est possible de statuer en l'état du dossier par appréciation (anticipée) des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). Au demeurant, on rappelle que le recourant n'a critiqué aucun diagnostic, n'a critiqué qu'abstraitement les limitations fonctionnelles retenues, en sorte qu'on ne perçoit pas quel aspect nécessiterait d'être davantage instruit. Enfin, aucune pièce produite ne permet de douter des conclusions du SMR suivies par l'OAI, en sorte qu'un examen supplémentaire ne serait pas de nature à influencer le sort de la cause.

9. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 8 septembre 2022 par l'OAI confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les imputer au recourant, qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, puisque l'intéressé a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 18 novembre 2022.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Me Munoz peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office, qu'il y a lieu de fixer en équité, au montant forfaitaire de 2'000 fr. (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur

l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]) débours et TVA compris.

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'il 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 rejeté.
- II.** La décision rendue le 8 septembre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Charles Munoz, conseil d'O. _____ est arrêtée à 2'000 fr. (deux mille francs), débours et TVA compris.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Charles Munoz, pour O. _____,
- 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).

Le greffier :