

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 mars 2023

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mmes Di Ferro Demierre et Berberat, juges  
Greffière : Mme Toth

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Maxime Darbellay, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1, 16 et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ; 88a al. 1 RAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** F.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], sans formation certifiée, travaillait en tant que monteur en échafaudages depuis 1996 pour le compte de [...].

Souffrant de divers troubles somatiques (ostéonécrose aseptique des deux têtes fémorales prédominant du côté droit, arthrose L4-L5 à prédominance droite avec kyste synovial intracanalair, persistance de paresthésies en territoire L5 et rupture du long chef du biceps à l'épaule droite en 2014), l'assuré a déposé, le 25 mai 2016, une première demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins consultés par l'assuré (rapports des 16 et 28 juin 2016 établis respectivement par les Drs J.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, spécialistes en médecine interne générale). Il a également fait verser au dossier celui de l'assureur perte de gain en cas de maladie, lequel contenait notamment un courrier du 20 octobre 2016 à l'attention de l'assuré. L'assureur y déclarait que, sur la base du dossier médical en sa possession, il était parvenu à la conclusion qu'il était à nouveau apte à exercer à 100 % son activité habituelle depuis le 24 octobre 2016.

Par décision du 28 avril 2017, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, au motif qu'il présentait, depuis le 24 octobre 2016, une capacité de travail entière dans son activité habituelle ainsi qu'en toute activité lucrative.

**b)** En date du 11 mars 2019, F.\_\_\_\_\_ a été victime d'un accident sur son lieu de travail ; alors qu'il marchait sur un échafaudage, celui-ci a cédé entraînant une chute en arrière de deux mètres avec réception sur le rebord d'un balcon. Il a présenté une incapacité totale de travail depuis lors.

Le même jour, l'assuré a consulté le Service des urgences du Centre C.\_\_\_\_\_ (ci-après : le C.\_\_\_\_\_ ) en raison d'un traumatisme du rachis sans déficit. Dans son rapport du 12 mars 2019, la Dre V.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique, a notamment relevé ce qui suit (sic) :

« Au travail, échafaudage cède. Tombe en arrière avec réception 2 m plus bas sur le dos/côté gauche sur le rebord d'un balcon. Dès lors douleurs dorsales et cervicales hautes avec hyposensibilité du membre supérieur gauche.

### **Status**

A : libre, trachée médiane.

B : hématome 30 x 10 cm en barre dans le dos au niveau D4 avec douleur palpation grill costal postérieure en regard, pas d'emphysème. MVS [aide mécanique respiratoire]. Sat 93 % aa.

C : TA [tension artérielle] 140/80. Abdomen souple, bassin indolore. MI [membre inférieur] sp. [sans particularité] Bonne perfusion, pas de marbrure.

D : pupilles iso-iso. Hyposensibilité de tout le MSG [membre supérieur gauche], reste sp.

Ostéo-articulaire : palpation dernières cervicale et dorsales très sensible. Palpation de l'épaule gauche antérieure sensible et mobilisation douloureuse mais pas de déformation.

(...)

**Diagnostic** : fracture du corps de la scapula gauche.

### **Anamnèse**

Patient de [...] ans, droitier, en bonne santé habituelle, qui est vu le 11 mars 2019 aux urgences en raison d'une chute d'une échelle de 2 mètres de hauteur sur un échafaudage avec réception sur la face postérieure de l'épaule gauche associée à des douleurs, une impotence fonctionnelle et une hypoesthésie en regard du territoire axillaire.

Pas de traumatisme crânien, ni perte de connaissance.

Pas de plaintes neurologiques au niveau des membres inférieurs, pas de troubles sphinctériens.

Le patient n'est pas symptomatique de ses hanches.

A noter que le patient est connu pour des lombosciatalgies chroniques droites non-déficitaires depuis juillet 2015 avec un bilan par IRM [imagerie par résonance magnétique] ayant montré un kyste synovial en L4-L5 au contact de la racine L5 avec S/P Infiltration (2016).

(...)

### **Examen clinique**

- Rachis cervical : indolore à la palpation.
- Épaule gauche : hématome en regard du rachis dorsal et de la scapula, douloureuse à la palpation, pas de trouble neurologique sensitif (discrimination au toucher-piquer et aux deux points), ni moteur axillaire, musculo-cutané (y compris cutanée latérale de l'avant-bras), ni cutanée médiale du bras, ni cutanée médiale de

l'avant-bras, ni radiale (cutanée postérieure du bras, inféro-latérale du bras, cutanée postérieure de l'avant-bras, ni de la main), ni ulnaire, ni médiane, pas de trouble vasculaire (pouls radial palpable), coiffe compétente.

- Membres inférieurs : pas de déficit sensitivo-moteur.

### **Imagerie - Rx [radiographie] - CT-scanner**

- Fracture du corps de la scapula.
- Pas d'autre lésion traumatique cérébro-cervico-thoraco-abdominale.
- Hépatomégalie stéatosique.
- Ostéonécrose aseptique des deux têtes fémorales sans perte de sphéricité (stade Ficat II) d'évolution stable depuis une IRM de 2016.

### **Attitude** (discutée avec le Dr [...], CDC [chef de clinique])

- Immobilisation dans un gilet orthopédique à visée antalgique (le patient n'est pas gêné sur le plan respiratoire).
- Mobilisation libre du coude et du poignet gauches.
- Mobilisation selon douleurs de l'épaule gauche sans port de charge, ni d'appui sur le membre supérieur gauche.
- Contrôle clinique et radiologique à la policlinique de Traumatologie dans 3 semaines (si l'hypoesthésie est persistante, une investigation par IRM sera à évaluer). »

L'assuré se plaignant de douleurs persistantes, une IRM de l'épaule gauche a été pratiquée le 21 juin 2019, qui a conclu à une rupture non transfixiante interstitielle du tendon du muscle infra-épineux gauche et à une tendinopathie du muscle supra-épineux gauche (compte-rendu du 27 juin 2019). Il n'y avait pas de lésion suspecte ou traumatique.

En raison de douleurs au membre inférieur droit irradiant dans la fesse et le pied avec boiterie, une IRM du rachis lombaire a été réalisée le 5 juillet 2019. Si aucune sténose canalaire centrale ou foraminale significative n'a été constatée, elle a en revanche mis en évidence une anomalie transitionnelle dénommée lombalisation de S1 ainsi qu'une discopathie dégénérative modérée en L5-S1 avec bombement discal global sans protrusion herniaire individualisée (compte-rendu du 8 juillet 2019).

Souffrant de douleurs vertébrales et à la hanche droite, d'une atteinte au bras gauche, de difficultés de déplacement et de troubles du sommeil, F. \_\_\_\_\_ a déposé, le 27 septembre 2019, une nouvelle

demande de prestations de l'assurance-invalidité. Les atteintes à la santé invoquées résultant de l'accident du 11 mars 2019, l'OAI a demandé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) de lui communiquer son dossier (courrier du 6 novembre 2019), ce que celle-ci a fait dès le lendemain.

Le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a effectué une IRM cervico-dorso-lombaire le 23 octobre 2019. Dans son rapport daté du même jour, il a conclu à l'absence de sténose canalaire de l'ensemble du rachis et à l'absence d'anomalie médullaire. L'examen pratiqué a en revanche révélé une arthrose interfacettaire aux trois derniers niveaux lombaires prédominant en L5-S1 en particulier à droite avec sténose du récessus droit L5-S1 et conflit à ce niveau sur l'émergence de la racine S1 droite.

En dépit de la prescription de séances de physiothérapie, l'assuré a présenté des douleurs persistantes l'ayant amené à consulter, le 4 mai 2020, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Dans son rapport du 8 mai 2020 à la CNA, il a posé les diagnostics de chute au travail le 11 mars 2020 [recte : 2019] avec traumatisme du rachis et de l'épaule gauche, de fracture du corps de la scapula à gauche traitée conservativement, de cervico-brachialgies et dorsalgies gauches persistantes, de lombosciatalgies chroniques, d'ostéonécrose des deux hanches connues depuis plusieurs années sans perte de la sphéricité et de status post-rupture traumatique du long chef du biceps droit avec traitement conservateur en 2014. Selon ce médecin, l'IRM de la colonne cervicale réalisée le 4 février 2020 objectivait des troubles dégénératifs avec des discopathies pluri-étagées ; elle n'avait en revanche pas mis en évidence de lésion fracturaire ni de signe de myélopathie. Si l'IRM cervico-dorso-lombaire du 23 octobre 2019 avait révélé des troubles dégénératifs étagés sur plusieurs niveaux, notamment lombaires, avec une sténose du récessus droit L5-S1 entraînant un probable conflit avec l'émergence de la racine S1 à droite, elle n'avait pas mis en évidence d'anomalie médullaire ou de rétrécissement canalaire. Les lombosciatalgies droites avec des troubles de la sensibilité au niveau

du mollet droit pouvaient donc s'expliquer par le conflit radiculaire constaté sur l'IRM de la racine S1. Pour le reste, le Dr Z. \_\_\_\_\_ estimait qu'il existait de nombreux facteurs contextuels de nature à expliquer l'évolution constatée. Dès lors, des gestes infiltratifs risquaient de ne pas amener un effet significatif chez un patient relatant des douleurs assez diffuses sur plusieurs sites. Il a conclu son rapport en suggérant un séjour à la Clinique X. \_\_\_\_\_ (ci-après : la X. \_\_\_\_\_) en vue d'une évaluation multidisciplinaire.

Dans un rapport du 6 juillet 2020, le Dr B. \_\_\_\_\_, médecin associé au Département de l'appareil locomoteur du C. \_\_\_\_\_, a rendu compte à la CNA de la consultation du 23 juin 2020. Au vu de la divergence entre les constatations de l'examen clinique et celles ressortant de l'imagerie ayant mis en évidence une rupture non transfixiante du sus-épineux se prolongeant dans l'infra-épineux, ce médecin a estimé qu'une prise en charge chirurgicale de l'épaule gauche ne pourrait qu'aggraver la situation.

L'assuré a séjourné à la X. \_\_\_\_\_ du 15 juillet au 11 août 2020. A cette occasion, il a fait l'objet de divers examens et évaluations (réadaptation de l'appareil locomoteur, observation aux ateliers professionnels les 20 et 21 juillet 2020, électroneuromyographie le 29 juillet 2020 ainsi que diverses analyses de laboratoire). Dans leur rapport de synthèse du 18 août 2020, les Drs Q. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin-assistante, ont posé les diagnostics principaux de chute le 11 mars 2019 avec fracture du corps de la scapula gauche et contusion dorsale, de rupture non transfixiante du tendon infra-épineux et tendinopathie du supra-épineux gauche et de fissure labrale inférieure gauche le 16 janvier 2020 avec progression de kyste paralabral infracentimétrique associée. Au terme de leur analyse, ils ont estimé que si la situation de l'épaule gauche était pratiquement stabilisée, une stabilisation définitive de la situation médicale était attendue dans un délai d'un à deux mois. En lien avec l'épaule gauche, ils ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges lourdes répétitif ni de travail prolongé et/ou répétitif avec le membre

supérieur gauche au-dessus du plan des épaules et en porte-à-faux. S'agissant du rachis, ils ont défini comme suit les limitations fonctionnelles à observer : « les activités nécessitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, les flexions et torsions répétées du tronc et le port de charges lourdes ». D'après ces médecins, le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité d'échafaudier était défavorable. Il s'agissait en effet d'une activité lourde et contraignante aussi bien pour l'épaule que pour le rachis. En revanche, le pronostic de réinsertion dans une profession compatible avec les limitations fonctionnelles décrites était favorable, si bien que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une telle activité. Il fallait toutefois compter avec l'interférence de facteurs non médicaux pouvant ralentir le processus de réinsertion. Aussi ont-ils conclu à une capacité de travail nulle dans la profession d'échafaudier du 15 juillet au 13 septembre 2020, après quoi dite capacité devait faire l'objet d'une nouvelle évaluation.

Consulté par l'assuré le 14 septembre 2020, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution très peu significative après le séjour à la X. \_\_\_\_\_. Il a relevé que, selon les médecins de cet établissement, le pronostic de réinsertion dans l'activité d'échafaudier était très réservé et que l'activité n'était pas adaptée. Toutefois, dans une profession compatible avec les limitations fonctionnelles retenues par les médecins de la X. \_\_\_\_\_, l'assuré présentait, *a priori*, une capacité totale de travail. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ n'a pas retenu d'indication à poursuivre le traitement de physiothérapie ambulatoire et a maintenu la médication inchangée. Il a prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 30 novembre 2020 (cf. rapport du 30 septembre 2020).

Le 29 octobre 2020, la Dre T. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à l'examen médical final de l'assuré. Dans son rapport daté du même jour, elle a posé les diagnostics de scapulalgies droites dans les suites d'une chute survenue le 11 mars 2019 ayant entraîné une fracture du corps de la scapula gauche et une contusion dorsale, de rupture non transfixiante du tendon infra-épineux avec tendinopathie du supra-épineux gauche le 21 juin 2019 et de fissure

labrale inférieure gauche avec progression du kyste para-labral infracentimétrique associée le 16 janvier 2020. Selon ce médecin, la situation était stabilisée pour les seules suites de l'événement du 11 mars 2019 et il n'y avait plus de traitement médical ou chirurgical pouvant améliorer l'état de santé. Si l'activité habituelle de monteur en échafaudages n'était plus exigible, elle a estimé que la capacité de travail était entière dans une activité respectant strictement les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges lourdes répétitif, pas de travail prolongé ou répétitif avec le membre supérieur gauche au-dessus du plan des épaules et en porte-à-faux. Par ailleurs, la Dre T. \_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré était persuadé que les douleurs au niveau de sa hanche droite étaient dues à une chute survenue le 7 juin 2007. Or cette chute n'avait entraîné qu'une contusion de la hanche et une incapacité de travail inférieure à une semaine. A cela s'ajoutait que l'intéressé était connu pour une nécrose aseptique des deux hanches sans lien avec l'événement de 2007. Pour le reste, des facteurs extra-médicaux et contextuels influençaient de manière négative les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré mais également la perception de son handicap fonctionnel au niveau de l'épaule gauche. Outre que ces facteurs ne pouvaient pas être pris en considération dans l'appréciation de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée, ils expliquaient également les discordances relevées lors de l'examen clinique.

Poursuivant l'instruction de la demande de prestations, l'OAI a demandé au Dr Z. \_\_\_\_\_ de dresser un rapport médical, ce qu'il a fait en date du 29 janvier 2021. Il y posait les diagnostics incapacitants suivants : cervico-scapulalgies gauches ensuite d'un traumatisme cervico-dorsal le 11 mars 2019 avec fracture du corps de la scapula traitée conservativement et consolidée ; douleurs à l'épaule gauche dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec rupture non transfixiante du tendon infra-épineux et supra-épineux depuis le 21 juin 2019 ainsi que de lombosciatalgies droites dans le cadre de troubles dégénératifs pluri-étagés avec protrusion discale modérée de L5 à S2 sans hernie discale (arthrose facettaire des trois derniers étages avec sténose du canal L5-S1 droite associée à un conflit sur l'émergence de la racine S1

droite depuis le 23 octobre 2019), d'un status post-rupture traumatique du long chef du biceps brachial droit en 2014, d'une bursite per-trochantérienne des deux hanches et d'une ostéonécrose des deux têtes fémorales. Si la capacité de travail était nulle dans l'activité de monteur en échafaudages, elle était en revanche de 80 % dans une profession compatible avec les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port répétitif de charges lourdes de plus de cinq kilos, pas de travail nécessitant l'utilisation des bras au-dessus du plan horizontal des épaules, pas d'activités nécessitant des positions prolongées en porte-à-faux, pas de flexions et de torsions répétées du tronc ni de positions statiques prolongées.

Par décision du 9 février 2021, confirmée sur opposition le 19 février 2021, la CNA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents faute d'une diminution notable de la capacité de gain. Elle a retenu que s'il avait pu continuer à exercer son activité habituelle, l'intéressé aurait perçu un salaire de 69'108 fr. en 2021. S'agissant du revenu d'invalidé, la CNA l'a déterminé sur la base des statistiques salariales en tenant compte d'un abattement de 5 % au titre des limitations fonctionnelles pour aboutir à un montant de 66'657 fr. 62. La comparaison de ces deux revenus conduisait à un degré d'invalidité de 3,55 %, inférieur au seuil légal ouvrant le droit à une rente.

Par projet de décision du 22 février 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il comptait lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars au 30 novembre 2020, motif pris que, dès le mois d'août 2020 [date du rapport de synthèse établi par la X.\_\_\_\_\_, réd.], l'intéressé avait recouvré une capacité de travail entière dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, adapté aux limitations fonctionnelles, à savoir, s'agissant de l'épaule gauche, l'abstention de port de charges lourdes répétitif, de travail prolongé ou répétitif avec le membre supérieur gauche au-dessus du plan des épaules et en porte-à-faux, et s'agissant du rachis, l'évitement des activités nécessitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, des flexions et torsions répétées du tronc ainsi que du port de charges lourdes. A l'instar de la CNA, l'OAI a fixé le revenu que

l'assuré aurait perçu sans atteinte à la santé à 69'108 francs. Une fois une pleine capacité de travail retrouvée, en août 2020, il serait en mesure de percevoir un revenu fondé sur les statistiques salariales de 65'023 fr. 73 après abattement de 5 % au vu de son âge. Procédant à la comparaison de ces revenus, l'OAI est parvenu à un degré d'invalidité de 5,91 %. L'assuré ne subirait dès lors plus aucun préjudice économique attribuable à son état de santé, de sorte que son droit à la rente devait être supprimé.

En l'absence de contestation formulée par l'assuré, l'OAI a entériné, par décision du 27 mai 2021, l'octroi d'une rente entière d'invalidité conformément à son projet de décision du 22 février 2021.

**B.** Par acte du 28 juin 2021, F.\_\_\_\_\_, désormais représenté par Me Maxime Darbellay, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision du 27 mai 2021 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens qu'il « est mis au bénéfice d'une rente entière ainsi que de toutes autres prestations lui revenant de plein droit au sens de la loi de l'assurance-invalidité, ceci dès le 1<sup>er</sup> mars 2020 », subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision.

Dans un premier moyen, le recourant a contesté la capacité de travail retenue. Il a tout d'abord fait valoir que le rapport de la X.\_\_\_\_\_ du 18 août 2020 était dépourvu de valeur probante en expliquant en quoi il était, selon lui, lacunaire et insatisfaisant. De plus, il a fait grief à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de ses plaintes et de ses douleurs. Or il s'agissait là d'un critère essentiel dans l'évaluation de la capacité de travail. A cela s'ajoutait qu'il avait été opéré, le 28 avril 2021, d'une hernie inguinale droite et qu'il était toujours au bénéfice d'un arrêt de travail à 100 %. Il s'est par ailleurs prévalu d'un rapport établi le 7 juin 2021 par son médecin traitant, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin praticien, dans lequel celui-ci faisait état d'une capacité de travail de 30 à 50 % dans une activité administrative. Si ce médecin se déclarait d'accord avec les limitations fonctionnelles retenues par l'intimé, il estimait toutefois qu'il

convenait encore de prendre en compte une capacité d'adaptation limitée, un niveau de formation élémentaire ainsi qu'une faible maîtrise de la langue française. L'assuré s'est également appuyé sur un rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 24 juin 2021 pour observer que ses troubles avaient d'importantes répercussions sur sa capacité de travail et qu'une capacité de travail de 100 % - fût-ce dans une activité adaptée - n'était pas concevable. En effet, de l'avis du médecin prénommé, dite capacité n'excédait pas 50 % dans une telle activité.

Dans un second moyen, le recourant a critiqué l'évaluation de sa capacité de gain. Il a fait valoir que ses circonstances personnelles et professionnelles (absence de formation, difficultés d'adaptation, faible maîtrise du français, limitations fonctionnelles et âge) constituaient un obstacle irrémédiable à la reprise d'une activité salariée. A cela s'ajoutait que le marché de l'emploi était au plus bas en raison de la crise sanitaire. C'était sans doute la raison pour laquelle l'intimé n'avait pas été en mesure de citer des exemples d'activités adaptées dans la décision entreprise. Selon le recourant, cela s'expliquait par le fait qu'il existait à ce jour peu, voire aucune activité adaptée à ses limitations fonctionnelles sur le marché de l'emploi. Il a en outre critiqué le taux d'abattement de 5 % retenu par l'intimé, estimant que sa situation personnelle et professionnelle justifiait un abattement de 15 à 20 % sur le salaire statistique retenu.

Dans un troisième moyen, le recourant a reproché à l'intimé d'avoir contrevenu à son devoir d'instruction. Au regard de la gravité et de la multiplicité des troubles présentés, de ses plaintes, de l'enjeu attaché à une demande de prestations de l'assurance-invalidité ainsi que de la faible valeur probante du rapport de la X.\_\_\_\_\_, celui-ci aurait dû mettre en œuvre une expertise externe afin de clarifier sa situation médicale et sa capacité de travail ainsi qu'évaluer correctement sa capacité de gain au regard du marché du travail. Au demeurant, l'intimé n'était pas lié par les décisions de l'assurance-accidents en matière d'évaluation de l'invalidité.

A titre de mesures d'instruction, le recourant a sollicité la mise en œuvre d'une expertise comportant un volet orthopédique et psychiatrique en vue de déterminer sa capacité de travail et sa capacité de gain dans une activité adaptée sur le marché actuel de l'emploi.

Dans sa réponse du 23 août 2021, l'intimé a indiqué avoir soumis à son Service médical régional (ci-après : le SMR) les pièces transmises par le recourant. Aux termes de son avis médical du 29 juillet 2021, le Dr N.\_\_\_\_\_ estimait qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux nouveaux de nature à attester une modification de l'état de santé du recourant. Il convenait dès lors de s'en tenir à l'évaluation de la capacité de travail ressortant du rapport de la X.\_\_\_\_\_ du 18 août 2020, selon laquelle la capacité de travail de l'intéressé était nulle dans son activité habituelle alors qu'elle était entière, dès le 30 août 2020, dans une profession adaptée aux limitations fonctionnelles décrites. En conséquence, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 13 septembre 2021, le recourant a contesté l'appréciation du SMR. Il a ainsi rappelé que, selon les rapports du Dr Z.\_\_\_\_\_ des 19 mars et 7 juin 2021, sa situation médicale n'était toujours pas stabilisée et qu'il continuait de suivre des traitements pour soulager ses douleurs (cf. également rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ du 12 septembre 2021). Par ailleurs, l'intimé ne s'était pas prononcé au sujet de l'opération de la hernie inguinale du 28 avril 2021 ni n'avait pris position sur l'appréciation médicale du Dr W.\_\_\_\_\_. De plus, il ne s'était pas déterminé sur les critiques formulées quant à l'évaluation de la capacité de gain ainsi que sur la violation de son devoir d'instruction. En outre, le recourant estimait que, compte tenu du litige l'opposant à la CNA, c'était à tort que l'intimé s'était fondé sur le rapport de la X.\_\_\_\_\_ pour fixer le degré d'invalidité. Au vu de ces éléments, le recourant a déclaré maintenir ses conclusions.

Le 4 octobre 2021, l'intimé a une nouvelle fois relevé que, selon les pièces médicales au dossier, une capacité de travail de 100 % était exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du

recourant. Pour le reste, il n'avait rien à ajouter à sa réponse du 23 août 2021, si bien qu'il a derechef conclu au rejet du recours.

Le 8 novembre 2021, la juge instructrice a informé les parties que la cause serait « également examinée sous l'angle de la jurisprudence relative à l'octroi préalable de mesures de réadaptation dans les cas où la réduction ou la suppression par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de cinquante-cinq ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins (cf. notamment TF 9C\_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7, ATF 141 V 5 consid. 4, ATF 145 V 209) ».

Dans ses déterminations du 22 novembre 2021, le recourant a indiqué qu'il n'était pas opposé à des mesures de réadaptation professionnelle, pour autant qu'elles soient compatibles avec son état de santé. Or, étant âgé de cinquante-sept ans, il faisait partie de la catégorie des assurés dont on ne pouvait en principe exiger qu'ils entreprennent de leur propre chef tout ce qui pouvait être raisonnablement attendu d'eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail médicalement documentée. A cela s'ajoutait qu'il n'avait ni diplôme ni formation, qu'il ne disposait d'aucune connaissance en matière informatique ou administrative et que, outre une brève expérience dans le domaine de la restauration, il avait essentiellement travaillé en tant que monteur d'échafaudages. Sur le plan médical enfin, il a produit les pièces suivantes : un compte-rendu d'IRM lombaire du 4 octobre 2021 concluant à des déshydratations discales étagées sans protrusion significative ou conflictuelle, une arthrose facettaire sévère en L4-L5 et L5-S1 et un canal vertébral de taille préservée, une ordonnance du 7 octobre 2021 concernant la prescription de médicaments et une demande pour un nouvel examen radiologique datée du même jour, toutes deux émanant du Dr W.\_\_\_\_\_. Le recourant déduisait de l'IRM lombaire qu'il lui était désormais difficile de se mouvoir et de rester dans certaines positions.

S'exprimant par pli du 30 novembre 2021, l'intimé s'est référé au document intitulé « Calcul du salaire exigible » du 16 octobre 2020 selon lequel le recourant « pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement ». Après avoir relevé que l'intéressé avait exercé divers métiers au cours de sa carrière professionnelle, l'intimé a souligné qu'au vu de l'âge du recourant, des limitations fonctionnelles retenues et des activités qui lui étaient encore accessibles sans formation particulière, il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre d'autres mesures. Partant, il a réitéré ses conclusions tendant au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Le 25 mai 2022, le recourant a produit un avis de sortie du 11 mai 2022 du Service d'orthopédie-traumatologie du Centre A.\_\_\_\_\_, signé du Dr S.\_\_\_\_\_, médecin assistant. Ce document mentionnait des lombosciatalgies gauches au titre de motif de prise en charge, avec opération de spondylodèse stabilisation fusion sur une discopathie sévère L4-L5 et un canal lombaire étroit L4-L5 sur sténose foraminale. Selon l'anamnèse figurant dans ce document, les atteintes précitées avaient été révélées par IRM et dans ce contexte, l'intervention avait été planifiée en électif. Elle avait été réalisée le 6 mai 2022 par le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie et chirurgie de la colonne vertébrale, et avait entraîné une hospitalisation jusqu'au 17 mai 2022.

A l'appui de ses déterminations du 20 juin 2022 sur la pièce médicale précitée, l'intimé a produit un avis du SMR du 8 juin 2022, signé du Dr N.\_\_\_\_\_. Ce médecin observait que le Dr W.\_\_\_\_\_ avait constaté lors des consultations entre août et septembre 2021 une lombosciatalgie gauche, atteinte nouvelle, répondant mal à un traitement antiinflammatoire et à la physiothérapie, que l'IRM du 4 octobre 2021 ne mettait pas en évidence de canal lombaire étroit ni de sténose foraminale et que les cervico-brachialgies gauches et les lombosciatalgies droites étaient déjà connues et prises en compte, tout comme les atteintes aux

disques liées à l'âge, l'arthrose facettaire et l'inflammation y relative. L'intimé a réitéré ses conclusions en rejet du recours.

Par ordonnance du 22 juin 2022, la juge instructrice a imparti un délai au 12 juillet 2022 au recourant pour déposer ses déterminations sur l'écriture du 20 juin 2022 de l'intimé.

Le 24 juin 2022, le recourant a produit trois documents émanant du Centre A.\_\_\_\_\_ relatifs à l'opération du 6 mai 2022 et à l'hospitalisation subséquente, conformant la teneur de l'avis de sortie du 11 mai 2022.

Par arrêt du 30 juin 2022, en la cause AI 243/21 - 216/2022, la Cour de céans a rejeté le recours et confirmé la décision entreprise.

Saisi d'un recours en matière de droit public par F.\_\_\_\_\_, le Tribunal fédéral l'a admis par arrêt du 24 novembre 2022 en la cause 9C\_407/2022, annulant l'arrêt de la Cour de céans du 30 juin 2022 et renvoyant la cause à cette autorité pour qu'elle statue à nouveau après avoir donné l'occasion au recourant d'exercer son droit d'être entendu. Pour l'essentiel, il a relevé que la Cour de céans avait rendu son arrêt le 30 juin 2022, alors qu'un délai au 12 juillet 2022 avait été imparti au recourant pour déposer ses déterminations quant à l'avis du SMR du 8 juin 2022, ne laissant pas à ce dernier la possibilité de se déterminer dans le délai imparti. Selon lui, la correspondance du 24 juin 2022 de l'intéressé ne valait pas détermination et, en cas de doute quant à la nature de cette correspondance, le Tribunal cantonal aurait dû interpeller le recourant avant de rendre son arrêt. Partant, le Tribunal fédéral a considéré qu'il y avait eu violation du droit d'être entendu de l'assuré.

**C.** A réception de l'arrêt du Tribunal fédéral précité, la juge instructrice a, par ordonnance du 8 décembre 2022, imparti un délai au 16 décembre 2022 au recourant pour déposer ses déterminations sur l'écriture de l'intimé du 20 juin 2022.

Par déterminations du 15 décembre 2022, le recourant, par son conseil, a soutenu que, contrairement à ce que retenait le SMR et, ainsi, l'intimé, certaines affections (arthrose facettaire sévère en L4-L5 et L5-S1 avec inflammation marquée L5-S1 droite modérée des deux côtés et L5-S1 et déshydratations discales étagées) n'avaient pas été prises en compte au moment de la décision rendue le 21 [recte : 27] mai 2021 ; l'appréciation de l'intimé était en effet uniquement basée sur le rapport de la X.\_\_\_\_\_, lequel n'avait pas pris en considération ces troubles ni analysé leurs effets sur sa capacité de travail. Le recourant a également invoqué que c'était à tort que l'intimé n'avait pas tenu compte des lombosciatalgies gauches, du canal lombaire étroit, de la sténose foraminale ainsi que de la discopathie sévère en L4-L5 dont il souffrait ; il s'avérait que ces troubles avaient déjà été observés avant la décision querellée, étaient étroitement liés à l'objet du litige et influençaient sa capacité de travail. Il a au surplus réitéré ses arguments déjà présentés dans son recours tendant à démontrer que le rapport de la X.\_\_\_\_\_ sur lequel se fondait l'intimé n'était pas probant, contestant en particulier s'être autolimité ou complu dans sa situation et estimant que les médecins de la X.\_\_\_\_\_ n'avaient ainsi pas fait preuve de neutralité. Enfin, il a à nouveau requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire indépendante.

### **E n d r o i t :**

- 1.** La présente cause procède du renvoi ordonné par le Tribunal fédéral à la juridiction cantonale.
- 2.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 30 novembre 2020.
- 3.** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement

sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 27 mai 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**4. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la

décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

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

**5. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**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).

**6. a)** En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la deuxième demande de prestations déposée par l'assuré dans les suites de l'accident du 11 mars 2019. La décision litigieuse reconnaît, dans un premier temps, le droit du recourant à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2020, en raison des atteintes consécutives à l'accident en question. Le droit à la rente est ensuite supprimé à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2020, en référence au rapport de synthèse de la X. \_\_\_\_\_ du 18 août 2020, reconnaissant au recourant une pleine capacité de travail dans l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles édictées sur le plan médical (suppression trois mois après l'amélioration constatée par l'évaluation de la X. \_\_\_\_\_; cf. art. 88a al. 1 RAI), l'office intimé ayant retenu un degré d'invalidité de 5,91 %.

La reconnaissance du droit à la rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2020 ne prête pas le flanc à la critique au regard des pièces au dossier et ne fait l'objet d'aucune contestation entre les parties ; il n'y a donc pas lieu d'y revenir. *A contrario*, le recourant s'oppose à la suppression de la rente au 1<sup>er</sup> décembre 2020, contestant une amélioration de son état de santé et estimant qu'il présente toujours une incapacité totale de travail dans quelque activité que ce soit.

Pour trancher la question litigieuse, il convient d'examiner si c'est à juste titre que l'intimé a retenu que l'état de santé du recourant avait connu une amélioration entre la date d'ouverture de son droit à une rente entière et le mois d'août 2020.

**b)** En date du 11 mars 2019, le recourant est tombé en arrière d'une hauteur de deux mètres avec réception sur le rebord d'un balcon ce qui a entraîné des lésions au membre supérieur gauche. Dans sa demande de prestations du 27 septembre 2019, il a fait état d'atteintes à la santé imputables à cet accident sous la forme de douleurs vertébrales et à la hanche droite, d'une atteinte au bras gauche, de difficultés de déplacement et de troubles du sommeil.

**c)** S'agissant des lésions à l'épaule gauche, les rapports du Dr Z. \_\_\_\_\_ des 30 septembre 2020 et 29 janvier 2021 ne s'écartent pas de l'appréciation de l'intimé s'agissant des diagnostics et des limitations fonctionnelles, la divergence se rapportant à l'appréciation globale de la capacité de travail dans une activité adaptée (cf. let. e et f *infra*).

**d)** S'agissant des atteintes au rachis lombaire et cervical ainsi qu'aux hanches, les médecins de la X. \_\_\_\_\_ ont relevé que l'assuré était connu pour des troubles dégénératifs du rachis depuis 2015 (arthrose inter-facettaire des trois derniers niveaux lombaires, prédominant en L5-S1, avec une sténose du récessus droit en L5-S1 et un conflit au niveau de l'émergence de la racine S1 à droite), ainsi qu'un kyste synovial L4-L5. Une infiltration du kyste en 2016 et une infiltration au printemps 2020 au niveau L5 s'étaient révélées inefficaces. En ce qui concerne l'examen clinique des hanches, il était sans particularité hormis une douleur des articulations sacro-iliaques à gauche alors que la hanche droite était indolore à la palpation. Quant à l'imagerie, l'IRM du rachis lombaire du 5 juillet 2019 a révélé une discopathie dégénérative modérée en L5-S1. De même, l'IRM cervico-dorso-lombaire du 23 octobre 2019 a conclu à une arthrose inter-facettaire aux trois derniers niveaux lombaires prédominant en L5-S1 à droite. Au surplus, le rapport du 12 mars 2019 fait certes

mention d'une ostéonécrose aseptique des deux têtes fémorales d'évolution stable depuis une IRM de 2016 mais relève que le recourant n'est pas symptomatique de ses hanches le jour de la consultation.

e) Dans leur rapport du 18 août 2020, les médecins de la X.\_\_\_\_\_ ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes en relation avec l'épaule gauche : pas de port de charges lourdes répétitif ni de travail prolongé et/ou répétitif avec le membre supérieur gauche au-dessus du plan des épaules et en porte-à-faux ; s'agissant du rachis, il convenait d'éviter les activités nécessitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, les flexions et torsions répétées du tronc et le port de charges lourdes. Si le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité d'échafaudier était défavorable en raison du caractère contraignant qu'elle impliquait pour les parties corporelles à ménager, tel n'était pas le cas pour une profession respectant les limitations retenues. Aussi une pleine capacité de travail était-elle attendue dans une telle activité. Il fallait toutefois compter avec l'interférence de facteurs non médicaux susceptibles de ralentir le processus de réinsertion. Dans ce sens, le Dr Z.\_\_\_\_\_ évoque également l'existence de facteurs contextuels à l'origine de l'évolution constatée (cf. rapport du 8 mai 2020), alors que le Dr B.\_\_\_\_\_ rend compte d'une non-concordance entre l'examen clinique et la lésion mineure mise en évidence sur l'IRM de l'épaule gauche (cf. rapport du 6 juillet 2020). Par ailleurs, aucun des médecins traitants ne remet en cause les limitations fonctionnelles liées à l'épaule ou au rachis. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ fait état d'une capacité de travail *a priori* entière (cf. rapport du 30 septembre 2020) en relevant un pronostic réservé. Dans son rapport du 29 janvier 2021, il réduit son estimation de la capacité de travail dans une activité adaptée à environ 80 %, sans apporter d'éléments médicaux objectivant cette diminution. Il apparaît cependant que son pronostic est mitigé en matière de réadaptation dans la mesure où son patient n'a pas de formation professionnelle certifiante et présente des difficultés linguistiques, soit des critères ne relevant pas de l'assurance-invalidité.

En outre, les arguments du recourant selon lesquels l'appréciation des médecins de la X. \_\_\_\_\_ ne serait pas probante, ceux-ci n'ayant pas pris en compte ses plaintes et fait preuve de neutralité en retenant à tort qu'il s'était autolimité ou complit dans sa situation, ne sauraient être suivis. D'une part, les plaintes du recourant ont dûment été listées dans le rapport du 18 août 2020 (cf. rapport précité, p. 4). D'autre part, on relèvera que le Tribunal fédéral considère que des circonstances indiquant une exagération (telles qu'une amplification des symptômes ou un caractère revendicateur) constituent un élément décisif pour évaluer la pertinence du diagnostic ; les experts sont ainsi fondés, sans s'exposer à un reproche de prévention, à examiner les déclarations de l'assuré sous cet angle, afin d'en tirer des conclusions quant au caractère invalidant du trouble analysé (TF 9C\_179/2022 du 24 août 2022 consid. 6.2 et les références citées). Ces considérations sont également valables en cas d'autolimitation, laquelle doit être identifiée afin de déterminer l'influence des atteintes à la santé sur la capacité de travail d'un assuré.

**f)** Le recourant a produit dans le cadre de la procédure judiciaire divers documents médicaux (rapport du 7 juin 2021 du Dr W. \_\_\_\_\_, rapport du 24 juin 2021 du Dr Z. \_\_\_\_\_, prescription de physiothérapie et ordonnance médicale du Dr W. \_\_\_\_\_ du 30 août 2021 ainsi que le rapport établi par ce dernier le 12 septembre 2021, comprenant d'IRM lombaire du 4 octobre 2021, demande d'examen radiologique et prescription de médicaments toutes deux datées du 7 octobre 2021 et émanant également du Dr W. \_\_\_\_\_, protocole opératoire, avis de sortie et rapports divers relatifs à l'opération du 6 mai 2022 au Centre A. \_\_\_\_\_).

Dès lors que ces pièces sont postérieures à la décision querellée datée du 27 mai 2021, il convient d'examiner si elles peuvent être prises en compte dans le cadre du présent litige. En effet, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en

considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C\_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1).

Dans la mesure où les rapports des 7 et 24 juin 2021 des Drs W. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ ont trait à l'appréciation de la capacité de travail du recourant antérieure à la décision, il sied d'en tenir compte. Dans son rapport, le Dr W. \_\_\_\_\_ indique que, s'il est d'accord avec les limitations fonctionnelles retenues par l'office intimé dans sa décision du 27 mai 2021, il existe néanmoins, selon lui, des facteurs de limitation de la capacité de travail tels qu'une formation élémentaire, des difficultés d'adaptation et une faible maîtrise du français. Or, dans la mesure où de tels éléments ne relèvent pas d'une atteinte à la santé, ils doivent être écartés de l'appréciation de la capacité de travail. Le rapport du Dr Z. \_\_\_\_\_ mentionne quant à lui que depuis quelques mois, le patient décrit une aggravation de ses douleurs de façon globale et une limitation dans ses déplacements, de telle sorte qu'il ne peut « travailler à 100 % comme déjà cité », le rendement maximum attendu étant de 50 %. Outre que l'appréciation de la capacité de travail par le Dr Z. \_\_\_\_\_ fluctue de 80 à 100 % de manière incompréhensible au gré de ses rapports, cette nouvelle évaluation ne repose que sur les seules allégations du recourant, le médecin ne rapportant pas d'éléments objectifs ressortant d'un examen clinique confirmant le propos de son patient. Les rapports en question ne permettent donc pas d'émettre un doute, même faible, sur l'appréciation de la X. \_\_\_\_\_.

En ce qui concerne les rapports, prescriptions et ordonnances du Dr W. \_\_\_\_\_ émis entre le 30 août et le 7 octobre 2021 et le compte-rendu d'IRM du 4 octobre 2021, ils se réfèrent à des faits, en particulier

des constats et examens médicaux, survenus ultérieurement à la décision litigieuse, lesquels ne peuvent être pris en compte dans le cadre du présent litige.

Au demeurant, aux termes de son rapport du 12 septembre 2021, le médecin traitant a indiqué que son patient se plaignait d'une boiterie avec une douleur au regard du genou gauche depuis le 18 août 2021 et qu'à l'examen du 24 août 2021, il avait constaté que ce dernier souffrait d'une lombosciatalgie gauche non déficitaire mal systématisée. En dépit de ce que soutient le recourant, il sied de constater que le diagnostic de lombosciatalgies à gauche est nouveau ; en particulier, le rapport d'IRM du 4 octobre 2021 retient que l'assuré souffrait de « lombosciatalgies bilatérales, chroniques à droite déjà connue[s] et d'apparition récente à gauche selon un trajet L5 ». Du reste, même si l'intéressé a pu occasionnellement se plaindre de douleurs lombaires à gauche avant que la décision de l'OAI ne soit rendue, celles-ci se sont au mieux aggravées au mois d'août 2021. Or, une aggravation de l'état de santé du recourant postérieure à la décision rendue ne saurait être prise en compte. A cela s'ajoute que les cervico-brachialgies gauches et les lombosciatalgies droites mentionnées par le Dr W. \_\_\_\_\_ nécessitant un traitement par Saroten pour soulager le patient de ses douleurs chroniques étaient connues au moment de la décision litigieuse et avaient dûment été prises en compte par les médecins de la X. \_\_\_\_\_.

Quant au compte-rendu de l'IRM du 4 octobre 2021, il concluait à des déshydratations discales étagées sans protrusion significative ou conflictuelle et à une arthrose facettaire sévère en L4-L5 et L5-S1 avec une inflammation marquée en L5-S1 droite et modérée en L4-L5 des deux côtés et L5-S1 gauche. Le recourant allègue que ces atteintes n'auraient pas été prises en compte par la X. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 18 août 2020 et que les effets de celles-ci sur sa capacité de travail n'auraient ainsi pas été examinés par l'OAI. La X. \_\_\_\_\_ ne mentionne certes pas ces atteintes dans les diagnostics retenus, mais elle rapporte tout de même des discopathies dégénératives modérées en L5-S1, ainsi qu'une arthrose interfacettaire aux trois derniers niveaux lombaires

prédominant en L5-S1 surtout à droite avec sténose du récessus droit L5-S1 et conflit à ce niveau sur émergence de racine S1 droite (selon IRM du 23 octobre 2019), et ce à plusieurs reprises dans son rapport (cf. antécédents médicaux, motif d'hospitalisation, examens radiologiques avant hospitalisation et pendant l'hospitalisation). Les médecins de la X. \_\_\_\_\_ ont de surcroît examiné cliniquement le recourant, en particulier au niveau du rachis dorso-lombaire, afin de déterminer ses limitations fonctionnelles. Il apparaît ainsi que les atteintes en question étaient connues et ont bien été prises en considération par les médecins de la X. \_\_\_\_\_ dans le cadre de leur appréciation.

S'agissant des atteintes ayant nécessité une prise en charge opératoire le 6 mai 2022, à savoir des lombosciatalgies gauches, un canal lombaire étroit et une sténose foraminale constatés à la faveur de l'IRM mentionnée dans l'avis de sortie du 11 mai 2022, elles ont été diagnostiquées dans le cadre de consultations postérieures à la décision litigieuse et aucun élément médical au dossier ne permet de retenir, au stade de la vraisemblance prépondérante, qu'elles déployaient déjà des effets avant le 27 mai 2021. Les lombosciatalgies gauches consistaient en une nouvelle atteinte à la santé, comme analysé ci-dessus ; par ailleurs, l'IRM réalisée le 4 octobre 2021 mentionnait expressément un canal dont les dimensions se situaient dans la norme et une absence de sténose foraminale.

On rappellera cependant qu'il est loisible au recourant de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé s'il estime avoir subi ultérieurement à la décision litigieuse une péjoration substantielle de son état de santé susceptible d'influer sur ses prestations de l'assurance-invalidité.

**g)** En ce qui concerne l'opération de la hernie inguinale subie par le recourant antérieurement à la décision attaquée, il s'agit d'une intervention ambulatoire (cf. courrier du 24 mars 2021 adressé par le Dr [...], spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, au Dr W. \_\_\_\_\_) et aucun rapport médical ne mentionne des complications post-

opératoires. De plus, l'existence d'une hernie inguinale et l'opération chirurgicale y relative n'entraînent notoirement pas une incapacité de travail durable. En fonction de la complexité de l'intervention, de l'état de santé du patient et des contraintes liées à sa profession, l'arrêt de travail peut varier de quinze jours à un, voire deux mois tout au plus pour un travailleur de force tel que le recourant. En tous les cas, en l'absence de circonstances particulières, il ne saurait être question d'une modification durable de l'état de santé. Le recourant ne peut dès lors rien tirer en sa faveur de l'intervention chirurgicale du 28 avril 2021.

**h)** Quant à l'état de santé psychique du recourant, il ne fait l'objet d'aucun diagnostic, ni suivi, de telle sorte qu'il ne saurait être retenu une incapacité de travail en relation avec une quelconque atteinte psychique.

**i)** Le dossier étant complet sur le plan médical, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise médicale, telle que requise par le recourant. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. Dans la mesure où les conclusions de la X.\_\_\_\_\_ sont étayées par les données cliniques au dossier, il ne se justifie pas de compléter l'instruction en vue de pallier la prétendue absence de constatations médicales objectives. Ainsi, quoi qu'en dise le recourant, le dossier constitué ne souffre d'aucune lacune, de sorte que toute mesure d'instruction complémentaire apparaît superfétatoire (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

**7.** Pour le reste, c'est à bon droit que l'office intimé s'est prononcé sur le droit à la rente du recourant. A ce propos, il n'est pas contesté que ce dernier présente un certain nombre de limitations fonctionnelles (épaule gauche : pas de port de charges lourdes répétitif ni de travail prolongé ou répétitif avec le membre supérieur gauche au-

dessus du plan des épaules et en porte-à-faux ; rachis : éviter les activités nécessitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, les flexions et torsions répétées du tronc et le port de charges lourdes) qui, si elles ne lui permettent plus d'exercer la profession de monteur en échafaudages, ne l'empêchent nullement d'exercer une activité adaptée (cf. rapport de la X. \_\_\_\_\_ du 18 août 2020, p. 7).

**8.** Cela étant constaté, il convient d'examiner le degré d'invalidité du recourant.

**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)** Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C\_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1).

**c)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

**d)** 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 139 V 592 consid. 2.3). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, 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 129 V 472 consid. 4.2.1).

**e) aa)** C'est le lieu de rappeler que l'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché équilibré du travail. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques) d'autre part (ATF 110 V 273 consid. 4b).

**bb)** En l'espèce, aucun rapport médical ne s'inscrit en faux contre le constat du 18 août 2020 opéré par les médecins de la X. \_\_\_\_\_ de la capacité du recourant d'exercer à 100 % une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qu'entraînent les lésions à l'épaule gauche et au rachis (cf. consid. 6 *supra*). Les limitations fonctionnelles énoncées ci-dessus (cf. consid. 7 *supra*) ne présentent pas de spécificités telles qu'elles rendraient illusoire l'exercice d'une activité professionnelle. Le marché du travail offre en effet un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (ATF 110 V 273 consid. 4b ; TF 9C\_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2). Le

recourant n'apporte du reste aucun élément permettant de s'écarter de ce constat.

**f)** Quant à la situation pandémique invoquée par le recourant pour justifier d'éventuelles difficultés de réinsertion sur le marché du travail, elle ne saurait être prise en compte s'agissant d'un critère ne relevant pas de l'assurance-invalidité.

**g)** En ce qui concerne la comparaison des revenus effectuée par l'intimé, le recourant soutient qu'un abattement « d'au moins 15 - 20 % » aurait dû être retenu du fait qu'il « dispose de limitations fonctionnelles importantes, qu'il a un niveau faible de français et qu'il a d'importants problèmes d'adaptation ». Il y a pour le surplus lieu de confirmer - faute de critiques à leur encontre - les autres données prises en considération par l'intimé pour procéder à la comparaison des revenus.

**aa)** L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

**bb)** S'agissant de la question de l'abattement sur le salaire, il y a lieu de constater que le taux de 5 % retenu afin de tenir compte de l'âge du recourant (55 ans au jour de la décision entreprise) n'est pas critiquable. A titre comparatif, le Tribunal fédéral a estimé qu'un abattement de 5 % se justifiait dans le cas d'un assuré âgé de 60 ans disposant d'une capacité de travail entière avec une baisse de rendement de 25 % (TF 9C\_847/2018 du 2 avril 2019 consid. 6.2.3). De même, un abattement supérieur à 5 % ne se justifiait pas dans le cas d'un assuré âgé de 61 ans (TF 9C\_607/2015 du 20 avril 2016 consid. 5.3.2). Pour le reste, les limitations d'ordre socioprofessionnel et personnelles de l'assuré (à savoir, l'absence de maîtrise de la langue française et les problèmes

d'adaptation) ne sauraient être retenues en l'espèce pour déterminer le revenu d'invalidé. En ce qui concerne les connaissances linguistiques limitées, il ne s'agit pas d'un critère dont l'assurance-invalidité doit tenir compte mais bien d'un facteur étranger à l'invalidité étant rappelé que les activités simples et répétitives correspondant au niveau de compétences 1 (respectivement de qualification 4) ne requièrent pas de bonnes connaissances linguistiques (TF 9C\_344/2015 du 25 novembre 2015 consid. 2.3 ; TF 9C\_426/2014 du 18 août 2014 consid. 4.2). S'agissant de l'absence de formation, il ne saurait s'agir d'un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur les perspectives salariales du recourant. D'une part, les activités adaptées qui rentrent en ligne de compte (simples et répétitives, de niveau de compétences 1) ne nécessitent ni formation ni expérience professionnelle spécifique. D'autre part, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de sorte qu'il n'y a pas matière de procéder à un abattement à ce titre (TF 9C\_200/2017 du 14 novembre 2017 consid. 4.5 ; TF 8C\_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5).

**cc)** Finalement, il n'y a pas lieu de s'écarter du taux d'abattement de 5 % retenu par l'intimé en raison de l'âge du recourant sur le salaire statistique fondant le revenu d'invalidé.

**h)** En comparant un revenu sans invalidité de 69'108 fr. avec un revenu d'invalidé de 65'023 fr. 73 (montant qui intègre un abattement de 5 %), il en résulte un degré d'invalidité de 5,91 %, arrondi à 6 % (ATF 130 V 121), taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021). On relèvera du reste que, même en retenant un taux d'abattement éventuel de 20 %, le droit du recourant à une rente ne s'en trouverait pas modifié.

**9.** Compte tenu de l'âge du recourant au moment où a été rendue la décision lui ouvrant le droit à une rente limitée dans le temps (55 ans), il convient encore d'examiner la question de son droit à la mise en œuvre de mesures de réadaptation préalablement à la réduction et la

suppression de sa rente, en lien avec l'obligation de se réadapter soi-même (cf. courrier de la juge instructrice du 8 novembre 2021).

**a)** Le Tribunal fédéral a admis que l'octroi de mesures de réadaptation pouvait dans certaines circonstances particulières constituer une condition *sine qua non*, d'un point de vue professionnel, à la valorisation économique de la capacité de travail (TF 9C\_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7). Il a ainsi considéré qu'il existe des situations dans lesquelles, avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité – y compris dans le cadre d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps (ATF 145 V 209) –, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (TF 9C\_707/2018 du 26 mars 2019 et les références citées ; TF 9C\_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.2 et les références citées ; TF 9C\_800/2014 du 31 janvier 2015 ; TF 9C\_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.4 et les références citées). Il en découle – sous réserve de cas où l'assuré dispose d'emblée de capacités suffisantes lui permettant une réadaptation par soi-même (TF 8C\_582/2017 du 22 mars 2018 consid. 6.3 ; TF 9C\_183/2015 du 19 août 2015 consid. 5) – que ce n'est qu'à l'issue d'un examen concret de la situation de l'assuré et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures de réadaptation sur le marché du travail que l'OAI peut définitivement statuer sur la révision de la rente d'invalidité et, le cas

échéant, réduire ou supprimer le droit à la rente. Par conséquent, dans ces situations, l'examen et l'exécution des éventuelles mesures constituent une condition de la suppression (ou réduction) de la rente, cette suppression (ou réduction) ne pouvant prendre effet antérieurement (TF 8C\_582/2017 du 22 mars 2018 consid. 6.4 ; TF 8C\_446/2014 du 12 janvier 2015 consid. 4.2.4 non publié *in* ATF 141 V 5, mais dans SVR 2015 IV N. 19 p. 56 ; TF 9C\_409/2012 du 11 septembre 2012 consid. 2.3).

En d'autres termes, l'OAI doit vérifier si la capacité de travail résiduelle médico-théorique permet d'inférer sans autres démarches une amélioration de la capacité de gain ou s'il est nécessaire au préalable de mettre en œuvre une mesure d'observation professionnelle et/ou des mesures légales de réadaptation (cf. TF 9C\_276/2020 du 18 décembre 2021 consid. 6 ; TF 9C\_227/2020 du 5 octobre 2020 consid. 2.2 ; TF 9C\_304/2020 du 8 juillet 2020 consid. 3 et les références citées).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références citées), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 9.2 et la référence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1).

**b)** En l'occurrence, le recourant était âgé de 55 ans lorsqu'il a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité limitée dans le temps. Il appartient donc à la catégorie des assurés dont il convient de présumer qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce

que l'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail, peu importe à cet égard qu'il présente une invalidité inférieure aux 20 % habituellement exigés pour l'octroi de mesures au sens de l'art. 8 LAI (TF 9C\_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.1 et 5.2). Afin de déterminer si l'octroi de mesures doit être considéré comme une condition *sine qua non* à la réduction ou suppression de ses prestations, il convient encore d'examiner si de telles mesures avaient une chance d'atteindre le but poursuivi par la jurisprudence fédérale dans ce type de situation. On peut relever à cet égard que la motivation de l'intimé (cf. déterminations du 30 novembre 2021) selon laquelle les nombreux métiers exercés par le recourant (maçon, paysan/gardien de troupeaux, aide de cuisine, jardinier, monteur en échafaudages) sont significatifs de sa capacité d'adaptation n'est pas déterminante s'agissant d'un assuré sans formation professionnelle et qui a exercé en dernier lieu l'activité de monteur en échafaudages pendant plus de vingt ans. En revanche, les conditions d'octroi ne sont pas réalisées sur le plan subjectif, nonobstant la déclaration de circonstance du recourant dans sa dernière écriture (cf. courrier du 22 novembre 2021). Son attitude au cours des thérapies mises en œuvre lors du séjour à la X.\_\_\_\_\_ (difficultés à se mobiliser, participation faible ; cf. rapport du 18 août 2020, p. 7) de même que l'observation du Dr W.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 7 juin 2021, ch. 6 ; projection dans une activité professionnelle entravée en raison des difficultés socio-économiques rencontrées par l'assuré, des répercussions psychiques liées à la séparation avec sa femme et de ses divers problèmes de santé), tout comme l'absence de grief spécifique s'agissant des mesures dans la présente procédure et de conclusion tendant à leur octroi, laissent à penser que de telles mesures seraient vouées à l'échec.

**10.** Sur le vu de l'ensemble des considérations qui précèdent, c'est à juste titre que l'intimé a procédé à la révision de la rente entière d'invalidité accordée depuis le 1<sup>er</sup> mars 2020 dans le sens de sa suppression dès le 1<sup>er</sup> décembre 2020 soit trois mois après l'amélioration subséquente de l'état de santé ayant permis au recourant de recouvrer une pleine capacité de travail dès le mois d'août 2020 (cf. art. 88a al. 1 RAI).

**11. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 27 mai 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de F.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Maxime Darbellay (pour F. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :