

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 avril 2020

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
MM. Bonard et Perreten, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 28 LAI

E n f a i t :

A. L'assuré était nettoyeur à 100 % depuis le 10 mars 2008 au service de Q. _____SA.

Par déclaration du 7 mai 2015, Q. _____SA a annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) un accident survenu à l'assuré le 6 mai 2015 en ce sens que celui-ci avait glissé dans les escaliers et qu'il s'était blessé à la cheville gauche.

Dans un rapport du 8 juillet 2015, le Dr N. _____, spécialiste en médecine interne générale, consulté le jour de l'accident, a diagnostiqué une entorse de Chopart et une contusion du pied gauche.

L'assuré a été licencié par courrier du 29 juillet 2015 pour le 30 septembre 2015, ce délai ayant ensuite été repoussé en raison de l'incapacité de travail de l'assuré.

B. Le 28 octobre 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans un rapport daté du 11 décembre 2015, le Dr N. _____ a posé le diagnostic d'importante lésion ostéo-chondrale du coin interne du talus, de tendinopathie des péroniers du pied gauche et de petit névrome de Morton du troisième espace du pied gauche. Selon ce médecin, le pronostic était réservé, seul un travail semi-sédentaire sans port de charges étant compatible avec l'état de l'assuré sous réserve d'une évaluation favorable les mois qui suivaient. Le Dr N. _____ a estimé que la capacité de travail de l'assuré était totale dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 12 avril 2016, le Dr X. _____, médecin-chef au Centre du pied du Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier S. _____ (Centre hospitalier S. _____), ainsi que le Dr D. _____, chef de clinique, ont posé les diagnostics de douleurs

persistantes de la cheville gauche sur status post-entorse le 6 mai 2015, de tendinopathie du tibial postérieur et de lésion ostéocondrale du dôme talien supéro-interne à gauche. Ils ont prescrit un arrêt de travail de trois mois « chez ce patient travailleur de force dans le nettoyage de bâtiment. »

L'assuré a fait l'objet d'un examen par le Dr H._____, médecin d'arrondissement de la CNA, le 18 octobre 2016. Celui-ci a préconisé un séjour à la Clinique W._____. (Clinique W._____).

Un tel séjour a été organisé du 2 novembre 2016 au 7 décembre 2016.

Dans un rapport du 16 décembre 2016, les Drs G._____, chef de service à la Clinique W._____ et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et J._____, médecin assistante, ont posé les diagnostics suivants :

- « - à Gauche : douleurs persistantes sur status post-entorse le 06.05.2015. (Tendinopathie des fibulaires et lésion ostéocondrale du dôme talien supéro-médial sur l'IRM du 10.08.2015).
- à Droite : images lytiques en verre dépoli, hyper-transfixiante au niveau du tiers distal de la fibula, pouvant correspondre à une dysplasie fibreuse. »

Ce rapport a en outre la teneur suivante :

« [...]

Aucun nouveau diagnostique (sic) n'a été posé pendant le séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue.

A signaler des CGT [gamma GT] légèrement augmentées avec aussi des valeurs de Leucocytes et de CRP [protéine C réactive] à la limite supérieure de la norme (à reconstrôler par le médecin traitant).

Toute la première partie du séjour a été chaotique avec des absences répétées du patient en raison d'une fugue de deux de ses filles (apparemment majeures). Ce n'est qu'une fois évoquée la probable mise à terme du séjour, en raison de l'impossibilité de prise en charge, que le patient est resté à la Clinique W._____.

Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. En effet le tableau clinique apparaît peu cohérent, la position

du pied (en varus supinatus en position debout et à la marche) mettant davantage le patient en risque de se tordre la cheville, contraignant davantage la face médiale de la cheville avec plus de tension des fibulaires. L'examen clinique est également rassurant, en discordance avec les plaintes du patient. On note que cette discordance est également retrouvée à la consultation du pied au Centre hospitalier S._____ du 26.10.2016 (Drs D._____ et X._____) et par le médecin d'agence lors de son examen.

Des facteurs contextuels non-médicaux semblent jouer un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par le patient et influencent défavorablement le retour au travail.

[...]

Le traitement antalgique à base de Dafalgan 1 gr en réserve a été maintenu pendant le séjour. En tout le patient a pris 7 cp pendant le séjour.

L'évolution subjective et objective est non significative [...]. Des gains fonctionnels obtenus semblent davantage correspondre à une réduction des autos-limitations qu'à de réels progrès.

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne, avec de nombreuses autolimitations, diminuant progressivement en 2ème partie de séjour, et des incohérences déjà mentionnées ci-dessus.

Il est dès lors difficile de faire le lien entre les anomalies radiologiques et les symptômes déclarés du patient. On ne propose donc pas de retenir formellement de limitations au vu des éléments médicaux à disposition au terme du séjour. Proposition est donc faite que le patient soit revu par le médecin d'agence pour fixer l'exigibilité. Le patient pour sa part ne s'estime pas apte à reprendre son ancienne activité, le trouvant trop physique. A signaler aussi qu'il aurait été licencié.

La situation peut être considérée comme globalement stabilisée au vu du peu d'impact des thérapies depuis plus d'1 an et demi après une entorse et de l'absence d'indication chirurgicale retenue.

Aucune intervention n'est proposée à G [gauche]. La probable dysplasie fibreuse de la fibula droite devrait encore être évaluée par le Dr. [...] au Centre hospitalier S._____, à notre connaissance.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité d'agent de nettoyage est plutôt favorable sur la base de l'examen clinique médical, mais semble davantage compromis par les éléments contextuels non-médicaux.

Le pronostic de réinsertion dans une activité moins physique est favorable, concernant les éléments médicaux. »

Dans un rapport du 24 janvier 2017, le Dr D._____ a relevé, après un examen clinique du même jour, qu'il persistait une discrédance entre les douleurs diffuses, mal systématisées évoquées par le patient alors que l'examen clinique était dans les limites de la norme avec une cheville tout à fait stable dans les deux plans avec une F/E quasi complète

et symétrique. Le Dr D. _____ n'a pas établi de nouvel arrêt de travail. Il l'a fait à la suite d'une consultation du 13 février 2017 pour la période du 13 au 21 février 2017.

L'examen final de la CNA a été effectué par le Dr H. _____ le 21 février 2017. Il résulte notamment ceci de son rapport daté du même jour :

« Actuellement, le patient dit qu'il souffre toujours passablement de la cheville G. Les douleurs sont situées de part et d'autres du tendon d'Achille, prédominant à la région sous-malléolaire interne. Il y aurait aussi des phénomènes de blocage et des douleurs au repos.

A l'examen clinique, la marche s'effectue toujours en appui quasi exclusif du bord externe du pied G, en supination de l'avant-pied.

Objectivement, la cheville G a un aspect strictement normal, sans aucun signe réactif ou dystrophique manifeste. Le tendon du jambier postérieur semble électivement sensible à la palpation mais le patient est difficile à examiner, tout faisant un peu mal, quoi qu'on fasse. Il n'y a pas de laxité anormale. La tibio-talienne a une mobilité complète. L'arrière-pied G est normo-fonctionnel. Malgré une amyotrophie du mollet G qui s'est quelque peu accentuée, la cheville G a une bonne force.

La lésion ostéochondrale du coin supéro-médial du talus, visible sur l'IRM [imagerie par résonance magnétique] du 10.08.2015, qu'on retrouve sur la scintigraphie osseuse du 31.08.2016, n'explique pas les douleurs diffuses rapportées par le patient, encore moins sa démarche vicieuse en varus supinatus, elle-même bien susceptible d'entraîner des douleurs par les dysbalances musculo-tendineuses qu'elle induit.

Finalement, il n'y a pas de séquelles clairement identifiables de l'accident mais plutôt en comportement douloureux qui ne trouve pas d'explications orthopédiques et la Suva devrait mettre un terme à ses prestations dans ce cas.

Quant à la cheville D, elle ne concerne en rien la Suva ».

Par décision du 22 février 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettrait un terme au paiement de ses prestations au 12 mars 2017, estimant qu'il n'existait aucun lien de causalité certaine, ou du moins probable, entre les troubles à la cheville gauche de l'assuré et l'événement dommageable du 6 mai 2015.

Par lettre du 15 mars 2017, [...] SA ([...]), assurance perte de gain maladie, a informé l'assuré qu'après analyse du dossier médical de

celui-ci, son médecin-conseil avait constaté qu'il n'existait aucune raison médicale objective qui justifiait une incapacité de travail dans l'activité habituelle de nettoyeur.

Par projet de décision du 28 avril 2017, l'OAI a informé l'assuré de son droit à une rente entière du 1^{er} mai 2016 au 31 mai 2017 en raison d'une incapacité de travail totale dès le 6 mai 2015, estimant que la capacité de travail de l'assuré était totale en tout cas depuis le 21 février 2017.

Par décision du 2 mai 2017, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Elle a relevé que les troubles dont se plaignait l'assuré ne pouvaient pas s'expliquer d'un point de vue organique. Examinant la cause sous l'angle d'un trouble psychique, l'assureur a considéré que l'accident du 6 mai 2015 pouvait tout au plus être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite de la catégorie inférieure. Aucun des critères posés par la jurisprudence n'était rempli.

Le 16 mai 2017, le Dr D._____, qui avait revu l'assuré la veille, a établi le rapport suivant :

« Devant ce contexte chronique, complexe, de douleurs mixtes (mécaniques et probablement neurologiques au MIG [membre inférieur gauche]) j'organise une IRM afin d'évaluer une tendinopathie du tibial postérieur, d'évaluer la lésion ostéochondrale du dôme du talus supéro-interne qui à mon sens n'a pas de répercussion sur la clinique. Du point de vue orthopédique et chirurgical nous pourrions envisager un geste en cas de tendinopathie du tibial postérieur confirmée par l'IRM.

J'adresse le patient à l'équipe antalgie du Dr [...], le traitement antalgique pris actuellement est Dafalgan 1 gr 4x/, Gabapentine 300 mg 3x/j, Méfénacine 500 mg 3x/j, Sportusal en réserve, Chondrosulf. Je rajoute des patchs de Neurodol.

J'adresse le patient à l'équipe spécialisée des nerfs, Dr [...] ou Dr [...] et je me permets déjà d'organiser un ENMG [électroneuromyogramme] des MID [membres inférieurs droits] (Dr L._____) en vue de leur future consultation. »

L'assuré a présenté des objections au projet de l'OAI par correspondance du 29 mai 2017, objections qu'il a complétées le 29 juin 2017. Il concluait à l'octroi d'une rente entière au-delà du 31 mai 2017.

Dans un rapport du 20 octobre 2017, le Dr N._____ a indiqué, au titre des limitations fonctionnelles, la limitation de la capacité de se déplacer. La capacité de travail était nulle dans l'activité de nettoyeur mais dans une activité adaptée, principalement sédentaire, assise, et sans port de charges, la capacité de travail était totale. Le Dr N._____ joignait un rapport du 23 juin 2017 du Dr L._____, spécialiste en neurologie, selon lequel il n'existait aucune anomalie neurologique et électrophysiologique.

Dans un avis du Service médical régional AI (SMR) du 13 juillet 2017, le Dr M._____, a mentionné que les spécialistes concluaient à une absence de corrélation entre, d'une part, les douleurs, la démarche anormale de l'assuré, et, d'autre part, les observations cliniques ou radiologiques. Les investigations à la Clinique W._____ ne retenaient pas non plus de pathologie psychiatrique pouvant expliquer ces douleurs. Le Dr M._____ a encore relevé que si le médecin traitant de l'assuré se prononçait sur des limitations dans activité d'agent de nettoyage, des investigations plus poussées à la Clinique W._____ ne retrouvaient pas de limitations objectives.

Le 21 décembre 2017, l'OAI a rendu un nouveau projet de décision, annulant et remplaçant celui du 28 avril 2017, par lequel il se proposait de retenir que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle mais qu'elle était totale dans une activité adaptée, ce, à l'échéance du délai d'une année, soit le 6 mai 2016.

L'assuré a présenté des objections le 22 février 2018. Il a conclu à l'octroi d'une rente en tout cas jusqu'au 1^{er} mai 2017 puis à l'octroi de mesures de réadaptation. Il joignait un courrier du 8 février 2018 du Dr N._____ selon lequel la reprise d'une activité adaptée était possible dès le 1^{er} mai 2017. Il produisait également un rapport du 22

février 2018 du Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi libellé :

« M. R._____ a été revu à ma consultation le 14.02.2018 et notre secrétariat m'a transmis les questions qui restent en suspend (sic) pour votre dossier, dont voici mes réponses :

1. Résultat des infiltrations effectuées en 2017 et 2018 : comme mentionné dans ma première lettre à votre attention, une première infiltration tibio-talienne avec 5 ml de Ropivacaïne a été effectuée le 30.08.2017 et le patient a été revu en contrôle le 27.09.2017 avec globalement une douleur qui a diminué et un périmètre de marche doublé, par contre, la douleur commençait à augmenter progressivement. Le patient a été vu en présence du Prof. X._____ qui propose une nouvelle infiltration avec l'adjonction de 80 mg de Depo-Medrol (corticostéroïde) qui est réalisée le 22.11.2017 (cf copie). Au contrôle à 3 mois après la dernière infiltration, en date du 14.02.2018, il signale avoir eu des douleurs pendant une semaine, puis celles-ci se sont améliorées par la suite mais son seuil de douleur est revenu au même stade qu'entre les deux infiltrations. Son périmètre de marche reste identique estimé entre 500 m et 1 km. Il a des difficultés dans les escaliers surtout à la descente et s'aide à la montée avec la main courante.

2. Résultat du suivi antalgique général : les constatations anamnestiques montrent une amélioration des douleurs de la cheville gauche avec une échelle de douleur analogue oscillant entre 3/10 et 7/10, sans qu'il y ait une amélioration significative. Votre client a également été suivi dans le service d'antalgie dont le dernier rendez-vous sans suite date du 25.09.2017. Je vous prierais d'ailleurs de contacter le service d'antalgie si vous désirez plus d'informations à ce sujet.

3. Indication opératoire : il y a une possibilité de répéter l'infiltration encore une à deux fois avant de se décider pour une opération qui consisterait en un débridement local par forage sous-chondral, réapplication du capot cartilagineux s'il est encore intact, sinon par une membrane de collagène porcine par une voie trans-malléolaire interne nécessitant une ostéotomie. Après discussion avec M. R._____ lors de la dernière consultation, il me fait part de son souhait de renouveler l'infiltration avant de se décider pour cette éventuelle intervention chirurgicale. Nous réservons la date du 28.03.2018 pour répéter le geste infiltratif.

4. M. R._____ a-t-il présenté une incapacité de travail depuis son accident du 6.5.2015: M. R._____ a été vu pour la première fois à la consultation du pied le 07.04.2016 par le Dr D._____ et M. R._____ était déjà en arrêt de travail à 100 % à ce moment-là. Son arrêt a été par la suite prolongé lors du suivi médical partagé entre le Dr D._____ et le service d'antalgie. Suite au départ du Dr D._____, j'ai repris le dossier du patient dès le 12.07.2017 avec à chaque fois une prolongation de son arrêt de travail à 100 %. Pour plus d'information concernant la période se situant entre la date de l'accident et le premier rendez-vous à la consultation du pied il

faudra que vous contactiez son médecin traitant qui est le Dr N. _____ à [...].

5. Motif de l'incapacité de travail ?

Douleurs anamnestiques persistantes avec tuméfaction de la cheville gauche, périmètre de marche limité avec difficulté à la marche et insécurité dans les escaliers. Cette symptomatologie a persisté depuis son accident et il ne peut par conséquent pas exercer son activité de nettoyeur sur chantier.

6. M. R. _____ peut-il exercer l'activité de nettoyeur de fin de chantier à 100 % ?

Il faudra certainement que le patient s'annonce à l'AI pour une reconversion professionnelle. Les résultats d'une éventuelle chirurgie ne sont pas garantis et un travail en terrain irrégulier semble compromis. Il devra plutôt se tourner vers une activité professionnelle sédentaire, ne nécessitant pas de port de lourdes charges, de stations debout prolongées. Monter et descendre les escaliers de manière répétitive pourrait également poser problème.

7. Cf point 6.

8. Il est peu probable que M. R. _____ puisse reprendre son ancienne activité professionnelle de nettoyeur de fin de chantier même à un taux partiel.

9. Hypothétique activité adaptée ?

Nous sommes bientôt à deux ans de l'accident et la SUVA va probablement clôturer le dossier. M. R. _____ devra s'inscrire à l'AI et devra effectuer un séjour d'évaluation pour une reconversion professionnelle. Les capacités physiques et mentales seront évaluées avec éventuellement une formation complémentaire dans un nouveau corps de métier. »

R. _____ a recouru le 1^{er} juin 2017 contre la décision sur opposition de la CNA. Il a conclu principalement à ce que la CNA soit tenue de lui verser des prestations d'assurance-accident, notamment les indemnités journalières et les frais de traitement au-delà du 12 mars 2017 ; subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision sur opposition et au renvoi à la CNA pour nouvelle décision au sens des considérants.

Dans le cadre du dossier de l'assuré constitué auprès de l'assureur accidents, le Dr H. _____ a établi, le 4 mai 2018, une « appréciation médicale » dont la teneur est la suivante :

« La décision attaquée repose sur l'avis, unanimement partagé jusqu'en juillet

2017, qu'il n'y avait pas de corrélation entre les plaintes du patient et surtout sa démarche vicieuse en varus supinatus, qui accentue les contraintes sur la partie médiale de la cheville, et la lésion ostéo-chondrale du coin supéro-interne du talus G, mise en évidence par l'imagerie médicale.

En d'autres termes, cette lésion ne paraissait pas en cause dans la symptomatologie douloureuse rapportée.

C'est la raison pour laquelle j'ai conclu à un comportement douloureux ne trouvant pas d'explication orthopédique, en présence d'une cheville G dont l'examen était, de surcroît, quasiment normal.

Comme il l'explique dans le courrier qu'il a adressé au mandataire du patient, le Dr V._____ a repris le traitement de M. R._____ après le départ du Dr D._____ de l'Hôpital orthopédique et il a procédé à plusieurs infiltrations à but diagnostique et thérapeutique avec un résultat pour le moins mitigé.

Parallèlement, le patient a également été suivi (sic) dans le Service d'antalgie du Centre hospitalier S._____.

Le Dr V._____ propose maintenant de traiter chirurgicalement la lésion sous-chondrale du talus mais le patient est hésitant.

On peut donc légitimement penser que le Dr V._____ estime que cette lésion est responsable de la symptomatologie douloureuse présentée mais il ne motive pas son avis qui va à l'encontre de ceux donnés précédemment, y compris par le Pr X._____ qui avait supervisé le traitement du patient.

A noter que l'intervention projetée a toutes les chances d'aboutir à un résultat subjectif catastrophique, en présence d'un comportement douloureux évoluant depuis 3 ans, sans amélioration significative malgré tous les traitements entrepris.

En conséquence, son indication devrait être solidement étayée.

Pour ma part, je continue à penser qu'il n'y a pas de relation de causalité pour le moins probable entre la lésion ostéo-chondrale du talus et le comportement douloureux de l'assuré. »

Dans un avis du 21 juin 2018, le Dr M._____, du SMR, a relevé que la seule atteinte documentée était celle de la cheville gauche. Aucune autre atteinte incapacitante n'était mentionnée de sorte qu'aucun élément médical ne justifiait que l'assuré ne pût pas travailler dans une activité épargnant la cheville gauche. Le Dr M._____ a retenu une capacité de travail totale dans une activité adaptée.

Par décision du 26 juin 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, retenant que la capacité de travail de celui-ci était totale dans une activité adaptée dès le mois de décembre 2015.

B. Par acte du 23 août 2018, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru contre la décision précitée. Il a conclu à ce qu'une rente entière lui soit allouée au moins jusqu'au 31 mai 2017, à l'octroi de mesures de réadaptation ainsi qu'à une rente pour enfant en relation avec les enfants [...] et [...]. Il fait en substance valoir que les conclusions de l'intimé, qui se fondent en particulier sur le rapport du Dr N. _____ du 11 décembre 2015, s'écartent des autres rapports médicaux figurant au dossier et ne peuvent ainsi être suivies.

Par réponse du 24 septembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, en se référant notamment au rapport d'examen final du médecin d'arrondissement de la CNA du 21 février 2017, ainsi qu'à l'avis SMR du 13 juillet 2017.

Par réplique du 19 novembre 2018, le recourant a confirmé les conclusions prises dans son recours, en relevant que celles de l'intimé s'écartaient des rapports médicaux convergents retenant une incapacité de travail dans toute activité jusqu'au printemps 2017, alors que le médecin SMR jugeaient ces rapports probants.

Dans sa duplique du 6 décembre 2018, l'intimé s'est notamment référé à l'avis SMR du 21 juin 2018.

Le 22 août 2019, le conseil du recourant a demandé à être relevé de son mandat d'office, en raison de l'interruption de ses activités durant plusieurs mois, avec la précision que l'arrêt à intervenir pourrait être notifié à son étude.

Par décision du 13 février 2020, la juge instructrice a relevé Me Graa de sa mission de conseil d'office du recourant et a fixé son indemnité d'office.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, plus précisément sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé considère qu'une capacité de travail dans une activité adaptée serait attestée médicalement à partir de décembre 2015.

3. 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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.

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). 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).

4. 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 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

5. a) Le recourant soutient que le rapport du 11 décembre 2015 du Dr N._____ ne permet pas, contrairement à ce que prétend l'intimé, de retenir que dès lors, il bénéficiait d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée. Certes, le Dr N._____ expose ceci sous la rubrique « Pronostic » : « Réservé, à mon avis seul un travail semi-sédentaire sans port de charge est compatible avec l'état du patient sous réserve d'une évaluation favorable ces prochains mois. Néanmoins on ne note pas d'amélioration de la situation depuis 3 mois. » Le recourant se fonde sur les termes « sous réserve d'une évaluation favorable ... ». Or, lorsque le Dr N._____ se réfère à une éventuelle évolution favorable, c'est en rapport avec l'activité habituelle de nettoyeur. Il en va de même lorsque le Dr N._____ indique que l'on ne peut pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Le Dr N._____ est en effet catégorique lorsqu'il affirme que dans une activité adaptée, la capacité de travail est totale.

b) Le recourant se prévaut encore de l'opinion du Dr V._____, notamment exprimée dans le rapport du 22 février 2018. Selon

ce médecin, l'incapacité de travail a été totale dès l'accident mais il s'agit manifestement de l'activité habituelle puisqu'il évoque une reconversion. On peut encore relever que dans son rapport du 24 janvier 2017, le Dr D. _____ relève une discrédance entre les douleurs diffuses et l'examen clinique dans les limites de la norme. Il précise expressément qu'il n'établissait pas de nouvel arrêt de travail. Il indique également ne pas prévoir revoir l'assuré. Or, il l'a revu moins d'un mois plus tard et a délivré un nouvel arrêt de travail jusqu'à la date prévue pour l'examen final de la CNA, soit environ une semaine plus tard. Les arrêts de travail prescrits par le Dr D. _____ ne paraissent ainsi absolument pas révélateurs de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée.

c) Le recourant se prévaut aussi du fait que la CNA n'a mis fin à ses prestations que le 12 mars 2017, reconnaissant ainsi une incapacité de travail jusqu'à cette date. Certes. Il n'empêche que les médecins consultés, dont ceux de la Clinique W. _____ (cf. rapport du 16 décembre 2016), ont relevé les facteurs contextuels extra-médicaux, le tableau clinique peu cohérent, soulignant que les plaintes et les limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par des lésions objectives constatées pendant le séjour. En outre, les spécialistes de la Clinique W. _____ ont prolongé l'incapacité de travail du recourant mais dans son activité habituelle. Ils ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail dans une activité adaptée. D'ailleurs, le seul médecin à l'avoir fait est le Dr N. _____, dont il n'y aucune raison d'écarter l'avis.

d) Quant aux mesures d'ordre professionnel, elles n'entrent pas en considération puisque le degré d'invalidité du recourant est nul alors que le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

Il convient encore de relever que le recourant ne conteste pas le calcul de l'intimé, lequel, vérifié d'office, peut être confirmé.

6. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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 première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

On constatera par ailleurs que l'indemnité de Me Graa, conseil d'office du recourant, a déjà été fixée par décision de la juge instructrice du 13 février 2020.

Le recourant est encore rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant des frais judiciaires ainsi que de l'indemnité de son conseil d'office, dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

c) Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours déposé le 23 août 2018 par R. _____ est rejeté.

- II. La décision rendue le 26 juin 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il est constaté que l'indemnité d'office de Me Christine Graa a d'ores et déjà été fixée.
- V. 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 ainsi que de l'indemnité du conseil d'office provisoirement mis à la charge de l'Etat.
- VI. 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 :

- R. _____,
- Me Christine Graa (pour R. _____),
- 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 :