

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 novembre 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et Mme Gabellon, assesseure
Greffière : Mme Toth

Cause pendante entre :

F. _____, aux [...], recourant, représenté par Me Marine de Saint Leger,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 8 LPGA ; 4, 17, 28 et 35 al. 1 LAI ; 88a RAI.

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait à 100 % auprès de G._____ depuis le 1^{er} octobre 1979, d'abord en tant que buraliste jusque dans les années 2000, puis dans la distribution [...].

Le 2 octobre 1999, l'assuré est tombé du premier étage de sa maison, entraîné par une caisse remplie de bûches qui reposait en équilibre sur la barrière de son balcon, effectuant ainsi un demi-saut périlleux et se recevant sur les fesses. Comme l'assuré ne sentait plus ses jambes, il a été hélicoptéré au Centre hospitalier X._____ (ci-après : X._____) où une fracture transverse du sacrum a été diagnostiquée, pour laquelle le traitement est resté conservateur. L'assuré a repris le travail d'abord à 50 % en février 2000, puis à plein temps en mars 2001 après une excision d'un lipome dans la région lombo-sacrée.

B. a) Le 7 mars 2017, l'assuré a glissé sur la neige et est tombé sur le dos alors qu'il faisait sa tournée [...], ce qui a entraîné une incapacité de travail totale. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris le cas en charge.

Des radiographies de la colonne lombaire et du sacrum du 13 mars 2017 ont montré une spondylo-discarthrose en L5-S1, une disco-spondylarthrose plus modérée lombaire pluri-étagée, mais pas de fracture appréciable lombaire ou du sacrum.

Lors d'une consultation du 6 avril 2017, le Dr Q._____, chef de clinique adjoint auprès de l'Unité de chirurgie spinale du X._____, a constaté que l'assuré avait des douleurs au niveau du dos, sans avoir de déficits neurologiques, et qu'il était hyperalgique à la palpation au niveau lombaire et du sacrum. Il a noté que l'assuré marchait avec un tintébin pour soulager la douleur.

Un CT-scanner lombaire et du bassin réalisé le 10 avril 2017 a permis de confirmer l'absence de fracture tant au niveau du bassin que du sacrum, ainsi que l'absence d'une autre anomalie par ailleurs.

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) le 24 mai 2017, en raison de douleurs intenses au bas du dos, sur le sacrum et sur le coccyx, d'un blocage au niveau des hanches et de difficultés lourdes à se mouvoir depuis son accident du 7 mars 2017. Il a indiqué être en incapacité de travail totale depuis le 8 mars 2017.

Une IRM (imagerie par résonance magnétique) de la colonne lombaire du 12 juillet 2017 a révélé une inflammation inter-épineuse, prédominant en L1-L2, sans autre lésion significative visible, hormis un remodelage mécanique de la sacro-iliaque droite antéro-inférieure.

Dans un rapport du 25 juillet 2017, les Drs P._____ et D._____, respectivement médecin cadre et médecin assistant auprès du Département de l'appareil locomoteur du X._____, ont posé les diagnostics de lombalgies basses chroniques, avec contusion sous-cutanée avec tissus mous œdématisés en regard du rachis lombaire bas, déconditionnement musculaire focal et status post-fracture sacrée ; ils ont ainsi pu rassurer le patient quant à l'absence de diagnostic grave et lui ont prescrit une antalgie adaptée et de la physiothérapie, après avoir constaté une évolution stationnaire.

L'assuré a séjourné à la Clinique Z._____ (ci-après : Z._____) du 25 juillet au 23 août 2017. Les Drs B._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, et O._____, médecin assistant, ont, dans un rapport de synthèse du 28 août 2017, posé les diagnostics de lombalgies, troubles dégénératifs lombaires et inflammation inter-épineuse prédominant en L1-L2. L'appréciation faite par les deux médecins précités au terme de ce séjour était la suivante :

« A l'entrée les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont : douleurs lombaires de type coups de couteaux, constantes, irradiant

vers les deux fesses, surtout à droite, d'une intensité de 4-5/10 à 10/10. Ces douleurs augmentent en position assise ou aux changements de position, en position couchée et aux changements de la température extérieure. Elles diminuent au repos et en position debout. Il n'y a pas de troubles sphinctériens.

Le patient déclare être indépendant dans les activités de la vie quotidienne.

(...)

Les documents d'imagerie (RX [radiographie] du 13.03.2017, CT scan du 10.04.2017 et IRM du 12.07.2017) montrent quelques troubles dégénératifs, un Baastrup, une inflammation inter-épineuses plus particulièrement en L1-L2, et une voussure lombosacrée (sous la cicatrice) de nature graisseuse.

Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie n'est retenue.

Certains facteurs contextuels pourraient influencer négativement l'évolution et les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient, notamment une kinésiophobie élevée, une focalisation sur la douleur, et la perception d'un handicap fonctionnel très élevé (Oswestry, PACT).

(...)

Le traitement antalgique à l'entrée est important. Selon le patient, il est indispensable mais pas très efficace : Voltarène retard 75 mg 2 x/jour, Targin cp retard 10/5 mg 2 x/jour, Oxynorm 2.5 mg 6 x/jour en réserve (que le patient ne prendrait pas), Dafalgan cp 1 g 4 x/jour. L'introduction de Neurodol Tissugel 1 x/jour à partir du 15.08.2017 n'a pas été davantage efficace.

La spécialiste en antalgie pense que les douleurs sont de type neuropathique et propose l'arrêt des morphiniques ainsi que l'utilisation d'hydrogel Ketamine/Amitryptiline 2 x/jour et de Lyrica, 25 mg 2 x/jour (introduits le jour de la sortie).

L'évolution subjective et objective est en demi-teinte. Bien que le patient utilise encore les cannes et que les tests fonctionnels ne montrent pas de progression significative (Cf. rapports et tests fonctionnels), le patient fait bien davantage qu'à son domicile où il vivait replié et ne sortait plus.

M. F. _____ s'est toujours montré ponctuel aux thérapies et a effectué les exercices demandés, mais avec passablement de difficultés, la douleur lui interdisant, selon lui, d'en faire davantage.

Les limitations fonctionnelles actuelles sont retenues : activités au sol, flexions/torsions répétées du tronc, ports de charges de plus de 7.5 kg, position assise prolongée. Il est peu probable qu'un entraînement intensif permette à ce patient de retrouver les capacités nécessaires pour réaliser à plein temps et plein rendement les tâches professionnelles les plus exigeantes de son poste actuel de travail.

La situation n'est pas encore stabilisée du point de vue médical.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de [...] est défavorable (facteurs médicaux).

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

Toutefois la discordance entre les anomalies objectives et l'importance du handicap fonctionnel subjectif laisse présager un processus de récupération prolongé. »

Le patient a été revu le 25 septembre 2017 par le Dr B._____, après avoir passé des tests fonctionnels ; ce médecin a constaté que l'assuré avait progressé du point de vue fonctionnel, le handicap fonctionnel ayant significativement baissé mais restant élevé. L'incapacité de travail dans le dernier emploi était toujours totale.

Aux termes d'un rapport du 7 octobre 2017 à l'OAI, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic de lombalgies sur spondylo-discarthrose L5-S1 depuis 1999, et observé une aggravation des lombalgies ensuite de l'accident du 7 mars 2017. Il a fait état de douleurs au dos à titre de limitations fonctionnelles et attesté une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis le 7 mars 2017 et une capacité de travail exigible dans une activité adaptée d'environ 60 % depuis le 1^{er} octobre 2017.

Par rapport du 8 novembre 2017, le Dr B._____ a noté que les tests fonctionnels montraient que la lente progression se poursuivait, ajoutant que le patient avait eu contact avec son employeur et que l'objectif à moyen terme était une reprise à but thérapeutique lorsque les cannes auraient pu être abandonnées à l'extérieur du domicile. L'incapacité de travail était toujours totale.

Dans un rapport du 30 novembre 2017, le Prof. K._____, médecin spécialiste en anesthésiologie auprès du Centre [...] à [...], a effectué différents tests et a conclu en faveur d'une lésion combinée probablement au niveau pré ganglionnaire ou ganglionnaire et une probable composante musculosquelettique. Il n'a toutefois pas été en mesure de poser un diagnostic anatomo-pathologique plus précis. Il a évoqué la possibilité de mise en place d'un stimulateur médullaire.

Aux termes d'un rapport du 22 décembre 2017, le Dr B. _____ a noté la volonté de l'assuré d'évaluer l'indication à la pose d'un neuromodulateur proposée par le Prof. K. _____ et a relevé un certain degré de discordance entre les anomalies objectives et les plaintes, ainsi que le peu d'efficacité des mesures thérapeutiques dispensées jusqu'ici.

Le 29 janvier 2018, l'assuré a été examiné par le Dr M. _____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, qui a apprécié la situation de la manière suivante :

« Le patient dit qu'il n'a jamais été totalement remis de l'accident de 1999. Il souffrait de lombalgies basses fréquentes mais elles étaient gérables et le patient a pu travailler jusqu'à l'accident du 07.03.2017.

Ce jour-là, il faisait froid, il y avait de la neige et le sol était verglacé. Le patient, qui distribuait [...] en voiture, s'est tenu à son véhicule pour ne pas tomber. Tout à coup, ses pieds sont partis en avant et il a chuté sur les fesses au même endroit qu'en 1999 avec les suites qu'on connaît. Il a consulté le Dr L. _____, son médecin traitant à [...], et celui-ci lui aurait surtout conseillé de bouger le moins possible après avoir fait des RX. Il y a ensuite eu une prise en charge au X. _____, à sa demande, malheureusement un peu chaotique, comme il l'a déjà expliqué.

S'il est vrai que le séjour à [...] a aidé le patient à bouger davantage, il a aggravé les douleurs qui sont permanentes, également nocturnes, d'intensité constante, prenant toute la région lombaire basse avec une irradiation occasionnelle dans la fesse D [droite].

La station assise n'est pas supportée, le patient admettant quand même spontanément qu'il s'assied pour manger. En revanche, il n'a plus conduit sa voiture depuis l'accident et préfère voyager debout avec les transports en commun. La nuit, il dort sur le côté mais il est fréquemment réveillé et il doit se lever. A l'extérieur, il continue de s'aider systématiquement de 2 cannes anglaises pour marcher, craignant toujours de tomber. Ainsi équipé, il n'est pas vraiment limité dans ses déplacements. A la maison, il passe une bonne partie de la journée sur le canapé. Il essaie quand même d'aider son amie au ménage, en remplissant le lave-vaisselle, et fait parfois les courses avec elle en mettant les commissions dans un sac à dos. En revanche, il a dû faire appel à un peintre pour rafraîchir son chalet alors qu'il avait prévu de s'en occuper lui-même. Il n'arrive pas à déblayer la neige et devra également confier le débroussaillage des talus à quelqu'un.

Objectivement, il n'y a pas de troubles statiques majeurs. Toute la région lombaire est très sensible à la palpation, notamment à l'endroit d'une voussure lombo-sacrée, de consistance adipeuse, où les téguments présentent une franche allodynie, alors que la musculature paravertébrale elle-même est souple, la cicatrice d'excision du lipome calme et bien fermée. La mobilité du rachis est limitée par les douleurs, notamment la flexion antérieure du tronc et

l'inclinaison latérale D et le relèvement est un peu saccadé, néanmoins sans inversion du rythme lombo-pelvien. Le patient change de position sans difficulté majeure. En revanche, il reste constamment debout. La manœuvre de Lasègue est négative. Les ROT [réflexes ostéo-tendineux] sont peu vifs, symétriques. Il n'y a pas de déficit neurologique aux MI [membres inférieurs].

Pour ma part, j'avoue ma perplexité.

J'ai l'impression que le patient revit la situation qu'il a connue à la suite de l'accident du 02.10.1999 avec des douleurs invalidantes qu'on peine à corréliser avec des constatations objectives difficiles à interpréter.

Si l'impression qui prévaut est bien celle d'un trouble fonctionnel, la nature exacte de la voussure lombo-sacrée, qui a toujours été présente selon le patient mais qui n'était plus douloureuse, n'est pas claire et je me demande si les investigations ne devraient pas être répétées d'autant que le radiologue ne savait manifestement pas ce qu'il devait rechercher.

En conséquence, je remercie le Pr [...] de bien vouloir revoir le patient à sa consultation.

J'aimerais aussi qu'il soit examiné par le Dr H._____, qui me lit en copie, car aucun examen neurologique avec ENMG [électroneuromyogramme] n'a été fait jusqu'ici. »

Le 2 mars 2018, l'assuré a été examiné par le Dr H._____, spécialiste en neurologie, qui a émis l'appréciation suivante dans un rapport du même jour :

« Sur le plan du status locomoteur, il n'y a jusqu'ici pas d'explication claire aux plaintes et l'impression qui prévaut est celle d'un trouble fonctionnel. Se pose par ailleurs la question de la nature exacte de la voussure lombosacrée.

En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué est globalement superposable aux précédents mettant en évidence un patient fortement algique, quelque peu démonstratif dans ses plaintes, se déplaçant à l'aide de 2 cannes anglaises avec difficultés et refusant de s'asseoir. L'examen du rachis dorso-lombaire révèle des troubles statiques vertébraux modérés, une sensibilité de la musculature paravertébrale lombaire, une collection liquidienne paravertébrale lombaire basse et la provocation de douleurs à toute tentative de mobilisation tant latérale qu'antérieure du rachis. La marche spontanée se fait avec une boiterie antalgique mais la station sur la pointe des pieds et sur les talons, de même que la station pieds joints, sont normalement possibles. Les points de Valleix et la manœuvre de Lasègue sont bilatéralement négatifs et l'examen des membres inférieurs est sans anomalie, notamment sans évidence d'atteinte radiculaire.

En bref, un examen clinique sans signes d'irritation/déficit radiculaire et sans éléments en direction d'une autre pathologie du système nerveux à l'origine des troubles.

Comme convenu, j'ai pratiqué un ENMG du membre inférieur droit. Malgré l'absence de tout élément clinique clairement indicateur d'une souffrance radiculaire, l'ENMG révèle de discrets signes de dénervation spontanés dans les muscles dépendant du myotome S1 droit (éventuellement également L5) ainsi que dans la musculature paravertébrale lombaire ne permettant pas d'écarter l'existence d'une irritation d'une structure nerveuse et notamment d'une irritation radiculaire S1/L5 avec, comme éléments de diagnostic différentiel, une compression tronculaire, en principe moins probable du fait de la présence de signes de dénervation également au niveau de la musculature paravertébrale lombaire. Il faut néanmoins ajouter que les signes de dénervation spontanés quoiqu'indubitables restent discrets et doivent être interprétés, dans le contexte clinique global, avec retenue, ceci d'autant plus que les examens radiologiques pratiqués jusqu'ici n'ont pas démontré d'images susceptibles d'expliquer cette irritation radiculaire non objectivable à l'examen clinique et identifiée uniquement, sur le plan électrophysiologique.

Bien que l'ENMG mette en évidence une suspicion d'irritation nerveuse susceptible de contribuer aux troubles, j'ai également eu l'impression d'une certaine discordance entre l'importance des plaintes d'une part et la discrétion voire l'absence d'anomalies objectives d'autre part chez un patient auprès duquel il semble que l'ensemble des mesures thérapeutiques se soit avéré être un échec. Je n'ai néanmoins pas d'explication claire à cette situation.

Sur le plan thérapeutique, je n'ai également malheureusement pas de proposition additionnelle, si ce n'est qu'il convient, dans toute la mesure du possible, d'éviter les mesures thérapeutiques semi invasives et invasives.

La capacité de travail est théoriquement de 50% au moins dans une activité essentiellement en position debout. »

L'assuré a ensuite été pris en charge par le Centre [...] à [...] et, par rapport du 11 avril 2018, les Drs S._____ et A._____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, respectivement en neurochirurgie, assistés de la psychologue T._____, ont posé les diagnostics de lombalgie avec irradiation dans la région de la fesse droite, accompagnée de composantes myofasciales et facettogéniques (M54.87), de douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (F45.41) et d'insomnie non organique (F51.0). Leur appréciation interdisciplinaire a permis d'identifier des facteurs biologiques - comme une insuffisance de la musculature segmentaire profonde - et des facteurs de stress psychosociaux. Lors de l'examen orthopédique, aucun signe de présence d'une pathologie articulaire ou osseuse n'a été observé. En revanche, des signes évidents de douleur chronique et de sensibilité centrale originaires de la charnière

lombo-sacrée étaient présents. Les facteurs qui entretenaient la douleur étaient les suivants : insuffisance considérable de la musculature segmentaire profonde, sursollicitation des facettes lombaires et de l'appareil ligamentaire lombo-sacré, ainsi qu'intensification de la douleur par la dysrégulation végétative existante. Du point de vue de la psychologie de la douleur, ils ont supposé une douleur chronique où intervenaient des facteurs somatiques et psychiques. Ils ont indiqué que l'assuré ne disposait pas actuellement de stratégies adaptatives de gestion de la douleur ; il avait perdu confiance en son corps ; en conséquence, la gestion de la douleur semblait être dominée par l'anxiété et le ménagement. L'assuré avait fait également état d'un sentiment d'inutilité compte tenu des limitations dues à la douleur. Par ailleurs, il avait décrit certains facteurs de stress psychosociaux (par exemple, l'incertitude professionnelle, les conflits familiaux, l'isolement social). Ces médecins ont recommandé une augmentation progressive de la sollicitation, en ambulatoire voire éventuellement en milieu hospitalier pour commencer. Dans ce contexte, il convenait de renouveler l'information et l'éducation du patient, pour lui confirmer l'absence de toute lésion structurelle. Un accompagnement psychothérapeutique concomitant de cette activation s'avérait judicieux. Dans le cadre de la physiothérapie, outre l'activation de la musculature segmentaire profonde de stabilisation du tronc, des techniques de stabilisation végétative devaient également être enseignées. Les psychologues de la douleur recommandaient l'apprentissage de stratégies adaptatives de gestion de la douleur (p. ex. techniques de relaxation, activité bien dosée, auto-prise en charge, etc.) au sein de groupes psychothérapeutiques ou dans le cadre de séances individuelles. Des mesures psychothérapeutiques étaient également indiquées pour traiter les troubles du sommeil, la perte de confiance dans son propre organisme et les conflits interpersonnels ou encore l'isolement social (dans l'idéal, dans le cadre de séances individuelles). Les aspects professionnels (avenir incertain) devaient également être pris en compte dans le cadre de la psychothérapie, voire du « Case Management ». Seules trois consultations psychiatriques avaient été réalisées durant le séjour de réadaptation à [...], le potentiel de la psychothérapie de la douleur ne semblait donc pas épuisé.

Parallèlement à un traitement ambulatoire à long terme près du domicile, ils recommandaient un séjour stationnaire multimodal.

Une IRM du bassin réalisée le 9 mai 2018 a révélé un petit remaniement cicatriciel au sein des parties molles sous-cutanées lombaires basses, avec hypertrophie graisseuse sous-cutanée en regard de la voussure palpée à hauteur de L5 à droite sans lésion focale ni élément suspect, et une bursite interépineuse L3-L4.

Dans le cadre du suivi de l'assuré, le Dr R._____, médecin adjoint du Département d'anesthésie et du Centre d'antalgie de l'hôpital [...], a constaté le 11 juillet 2018 en substance que la situation clinique restait inchangée, mais que l'assuré avait été opéré par le Dr N._____. Selon le protocole opératoire du 3 juillet 2018, l'assuré a en effet subi une opération d'excision du tissu sous-cutané contenant un névrome par les Drs N._____ et W._____, spécialistes en chirurgie.

Par rapport reçu le 7 septembre 2018 par l'OAI, la Dre V._____, médecin praticienne, a noté que l'état de santé de son patient était stable, ajoutant qu'elle ne constatait aucune amélioration ni aggravation. Elle a attesté une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, ainsi que dans une activité adaptée, relevant que la station debout prolongée était impossible, que la position assise était difficile et que l'assuré marchait avec deux cannes anglaises.

Aux termes d'un rapport du 7 janvier 2019, le Dr R._____ a résumé la situation en ces termes :

« Monsieur F._____ souffre donc d'une douleur médiane lombosacrée qui s'est avérée extrêmement résistante aux traitements conventionnels, médicamenteux aussi bien qu'interventionnels. Seuls, des blocs facettaires avaient permis, transitoirement, de diminuer quelque peu les symptômes.

Les douleurs ont une connotation neuropathique avec une sensation de pesanteur, de serremets dans la région lombaire basse, où cliniquement on trouve une voussure électivement douloureuse. Nous avons d'ailleurs convenu de l'indication à réséquer cette voussure qui s'est révélée être un lipome sans caractère atypique. Malheureusement cette intervention n'a en rien modifié les

symptômes et le patient reste incapable de s'asseoir, et ne se déplace qu'avec des cannes.

Comme nous en avons convenu, un test de stimulation médullaire a été effectué avec la mise en place, le 21 décembre d'une électrode octopolaire par ponction intersomatique D12-L1. Lorsque je revois le patient le 28 décembre, il se dit très satisfait de l'amélioration qu'il estime entre 60 et 70%. Il marche sans canne, est capable de s'asseoir de façon prolongée. Cette amélioration se confirme le 3 janvier 2019 où le patient estime qu'elle dépasse maintenant 70%.

Le patient a également indiqué qu'il a pris contact avec les ressources humaines de G._____ où il est employé, on lui aurait déclaré être favorable à une réinsertion dans l'activité qu'il avait auparavant.

Cliniquement, la situation étant à l'évidence bien meilleure, et pour la première fois j'ai vu le patient être assis en face de moi pendant la consultation.

S'agissant des médicaments, le patient a pu progressivement diminuer les doses, ne prend plus que 2 x 20 gouttes de Trarnadol, 75 mg de Lyrica et 1 g de Dafalgan.

Techniquement, la stimulation chez Monsieur F._____ requiert des énergies élevées qui nécessiteront, au cas où un stimulateur serait implanté, l'usage d'un dispositif rechargeable.

Concrètement, Monsieur F._____ a maintenant une alimentation externe de son système moyennant deux extensions transcutanées. Cette situation ne peut bien sûr pas se poursuivre au-delà d'un maximum 4 semaines, et la décision d'aller de l'avant et d'implanter un stimulateur devrait être prise rapidement afin de limiter les risques d'infection.

Au total, il apparaît que la stimulation médullaire est le seul traitement qui jusqu'à présent ait permis d'améliorer significativement la situation de Monsieur F._____. »

La situation de l'assuré a fait l'objet d'une appréciation neurologique dans un rapport établi le 18 janvier 2019 par le Dr E._____, spécialiste en neurologie au sein du Centre de compétence de la CNA. Ce médecin a constaté que l'opération réalisée en juillet 2017, avec mise en évidence et excision d'une structure correspondant à un névrome mais qui, selon le rapport du Dr R._____, était une récurrence de lipome, n'avait eu aucune incidence sur les douleurs qui étaient désormais éprouvées en profondeur, toujours avec une connotation neuropathique. Il a noté qu'en présence de la symptomatologie rebelle, le Dr R._____ avait procédé à un test de stimulation médullaire en date du 21 décembre 2018. L'amélioration avait été nette, avec une diminution de l'intensité de la douleur de 60 à 70 %, permettant à l'assuré de s'asseoir, de marcher sans cannes et de diminuer les doses des médicaments antalgiques. Face à une

douleur lombo-sacrée mixte, une évolution tortueuse et pénible et une situation thérapeutique difficile, et après discussion avec le Dr M. _____ qui connaissait aussi bien l'assuré que le Dr R. _____, il a été décidé de favoriser une approche pragmatique qui permettait au Dr R. _____ de réaliser l'implantation définitive du stimulateur médullaire.

Par rapport du 1^{er} avril 2019, le Dr R. _____ a expliqué qu'il avait implanté un stimulateur définitif à l'assuré le 28 janvier 2019 et que, lorsqu'il avait revu le patient le 11 février, puis le 25 mars, la cicatrice des plaies était complète. Il a relevé le bénéfice symptomatique, dans le sens où la position assise n'était pas limitée, l'assuré marchait sans canne et avait recommencé une physiothérapie intensive. Il a ajouté que G. _____ avait licencié l'assuré pour le 31 mars 2019, malgré une promesse d'essai de reprise.

Le 17 avril 2019, l'assuré a été à nouveau examiné par le Dr M. _____, pour faire le point de la situation. Ce dernier a conclu dans son rapport du même jour qu'au vu de la régression spectaculaire de la symptomatologie douloureuse sous stimulation médullaire, chez un patient qui paraissait sincèrement désireux d'aller de l'avant malgré son licenciement, un nouveau séjour à Z. _____ avait certainement tout son sens.

L'assuré a ainsi à nouveau séjourné à Z. _____ du 30 juillet au 25 septembre 2019. Dans leur rapport du 14 octobre 2019, la Dre C. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et le Dr I. _____, médecin assistant, ont apprécié la situation de la manière suivante :

« A l'entrée les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont des lombalgies basses en barre avec irradiation dans la fesse droite, en nette amélioration depuis la mise en place du neuromodulateur au mois de janvier. Les douleurs sont devenues non constantes, non insomniantes, cotées au repos à 0/10, déclenchées par l'effort, surtout le port de charges et les activités en flexion du tronc avec des pics douloureux arrivant parfois jusqu'à 7/10 mais qui régressent assez rapidement par la suite. Le patient décrit également des lâchages fréquents et une sensation de faiblesse musculaire du membre inférieur droit.

(...)

Le patient est indépendant dans les activités de la vie quotidienne. Le périmètre de marche avec cannes anglaises et d'1h30.

(...)

Sur le plan orthopédique : aucun nouveau diagnostic n'a été retenu durant le séjour.

Sur le plan psychiatrique : d'un point de vue psychique, ce patient a été suivi par le service de psychosomatique pendant son séjour. Les entretiens individuels ont porté sur la douleur et les ressources du patient pour y faire face. L'analyse fonctionnelle réalisée avec le patient met en évidence une peur de la douleur et des comportements de protection qui y sont liés. Par différentes expériences comportementales, M. F. _____ a pu tester différentes anticipations et vérifier par lui-même que la peur de tomber ne se vérifiait pas et que la douleur, bien que très forte lorsqu'il se fait par exemple bousculer, revient à son niveau de base en quelques minutes. M. F. _____ a également participé aux différents modules du groupe de gestion de la douleur ainsi qu'à une initiation à la relaxation auxquels il a très bien adhéré. En l'absence de toute psychopathologie, aucun suivi n'a été organisé pour la suite, mais le patient sait que nous restons à disposition au besoin.

Sur le plan neurologique : l'examen neurologique avec évaluation par ENMG met en évidence des stigmates d'une radiculopathie S1 droite, séquellaire sans signe de souffrance aiguë. Il y a l'absence d'argument en faveur d'un déficit neurologique d'origine périphérique. Au vu de l'amélioration de la force musculaire au niveau du membre inférieur droit, les lâchages rapportés par le patient étaient probablement en lien avec le déconditionnement musculaire important.

Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (Cf. liste diagnostics).

Des facteurs contextuels pourraient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient, notamment une sous-estimation importante de ses propres capacités fonctionnelles, une cotation élevée de la douleur ainsi qu'une perception élevée du handicap fonctionnel.

(...)

Le traitement antalgique a été assuré par du Dafalgan 1 g et du Tramal 50 mg en réserve, que le patient a pris assez régulièrement. Ce traitement s'est avéré efficace pour contrôler les douleurs durant le séjour.

L'évolution subjective et objective est favorable (Cf. rapports et tests fonctionnels).

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme élevée. M. F. _____ s'est pleinement investi dans sa rééducation.

Aucune incohérence n'a été relevée.

En fin de séjour le patient a eu une évaluation des capacités fonctionnelles (version courte). Au HFS-PACT, le score de 75 correspond à l'appréciation par le patient de pouvoir réaliser des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou

essentiellement assis. Au vu des résultats au cours de l'évaluation on peut mentionner que le patient sous-estime considérablement ses aptitudes fonctionnelles. La volonté de donner le maximum aux différents tests a été considérée comme réelle, et le niveau de cohérence, pendant l'évaluation, comme élevé. Au terme de l'évaluation le niveau d'effort fourni par le patient correspond à un niveau d'effort léger à moyen, selon le D.O.T. avec des charges allant de 10 à 15 kg.

Durant le séjour le patient a été pris en charge aux ateliers de réadaptation professionnelle durant des périodes allant jusqu'à 4 heures consécutives à des activités légères (5-10 kg), dans des positions assises et debout, sans exprimer de difficultés particulières. Le métier d'employé de distribution ne paraît plus réalisable actuellement. Une réorientation est donc nécessaire. Toutefois, une progression relativement importante au niveau des plaintes et limitations fonctionnelles est observée durant le séjour. De ce fait, M. F. _____ continuera sa rééducation jusqu'au 8 novembre 2019, date à laquelle une nouvelle évaluation sera effectuée à la clinique Z. _____. Suite à cette évaluation, une mesure d'évaluation des capacités professionnelles (ECP) sera programmée au sein de nos ateliers professionnels.

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues :

- pas de ports de charges > 15 kg, porter rarement des charges de 7,5 à 15 kg, porter parfois des charges de 7,5 à 15 kg, pas de limitation pour les ports de charges < 7.5 kg
- maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, flexions-torsions répétées du tronc, maintien prolongé des positions statiques assis et debout

La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles : la poursuite d'un traitement de physiothérapie régulière en ambulatoire doit être maintenue à buts de renforcement musculaire, de reconditionnement général et d'accompagnement du patient dans son auto-rééducation afin d'améliorer ses limitations fonctionnelles.

Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de 3 mois.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité d'employé dans la distribution est défavorable au vu des facteurs médicaux retenus après l'accident. Une réorientation professionnelle a été discutée avec le représentant de l'Office AI et une phase d'ECP au sein de nos ateliers de réadaptation professionnelle est à planifier après l'évaluation multidisciplinaire prévue le 08.11.2019.

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

Le 8 novembre 2019, l'assuré a été revu à la consultation par le Dr B. _____ qui a constaté une amélioration sur tous les plans. Les tests fonctionnels ont en effet progressés dans tous les secteurs. Les tests au simulateur de conduite étaient réussis, la marche était meilleure,

l'assuré utilisait un bâton uniquement par sécurité et il avait davantage de confiance lors de la mobilisation du dos. L'intéressé serait prochainement convoqué pour une évaluation de ses capacités professionnelles.

L'assuré a donc suivi une mesure d'évaluation de ses capacités fonctionnelles du 25 novembre au 19 décembre 2019 à Z._____. Le rapport établi le 14 novembre 2019 (sic) par le Dr J._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, U._____, maître socioprofessionnel, et Y._____, psychologue, a révélé que les contraintes physiques et de mobilité requises pour le métier de [...] étaient trop importantes et incompatibles avec une lombalgie basse chronique. Les activités de bureau en revanche permettaient à l'assuré d'alterner les positions et l'intéressé disposait de bonnes connaissances administratives qu'il pouvait ainsi mettre en valeur. Les auteurs du rapport ont relevé que, malgré sa bonne volonté, le temps de travail de huit heures par jour n'avait pas pu être maintenu sur la durée de la phase. Puis, ils ont observé une perte de rendement en fin de journée, en fin de semaine et une diminution de semaine en semaine. Ils ont constaté un déconditionnement professionnel. Sur une activité, l'assuré devait effectuer plusieurs changements de positions, passer de la position assise à debout très fréquemment pour soulager son dos. De plus, il devait recharger son neuromodulateur chaque quatre heures et cette action pouvait prendre jusqu'à une heure. Les intervenants de Z._____ ont encore précisé que le contexte de travail dans leurs ateliers était protégé et que chaque activité était adaptée à la problématique de santé de l'assuré. Ils ont ajouté que ce dernier était une personne volontaire et impliquée dans sa réorientation et qui possédait de bonnes capacités intellectuelles. Ils ont conclu que les douleurs ainsi que les changements de position avaient une influence négative sur le temps de travail et sa productivité. Un travail à temps partiel à la réception/accueil d'une entreprise, avec des positions variées (téléphone, accueil clientèle, scannage, saisie de données, petits travaux administratifs) leur paraissait être la piste professionnelle la plus valide à la suite de leurs observations.

Le coordinateur AI de Z._____, AB._____, a, dans un rapport daté du 14 novembre 2019 (sic) et rédigé au terme de la mesure d'évaluation susmentionnée, fait le bilan suivant :

« Son investissement durant la mesure a été total. Il montre une réelle motivation à trouver une solution professionnelle. Malgré les difficultés qu'il rencontre, il affiche toujours une grande jovialité.

Plusieurs de ses projets ont malheureusement dû être abandonnés et ses démarches auprès de son ancien employeur n'ont, à ce jour, pas trouvé d'issue favorable.

Plusieurs aménagements ont dû être consentis aux ateliers pour qu'il puisse assurer des journées de travail presque complètes. La gestion de la recharge de son neurostimulateur reste difficile à intégrer dans un processus professionnel. L'assuré a consenti des efforts importants pour faire face aux exigences, pourtant adaptées, des ateliers professionnels.

Compte tenu du déconditionnement de l'assuré, des mesures progressives sont nécessaires pour augmenter sa capacité de travail. Nous constatons que cette capacité de travail reste faible actuellement et que l'assuré, malgré sa bonne volonté, reste éloigné des exigences du premier marché du travail, tant ses limitations fonctionnelles sont présentes.

Ce[t] assuré peine à faire le deuil de son ancien état de santé. La mesure lui a permis de prendre conscience des éléments à prendre en considération pour qu'un projet professionnel ait des chances de fonctionner. Le risque réside encore dans le fait qu'il accepte une activité qui ne soit pas adaptée à sa situation. »

Le 21 janvier 2020, le Dr M._____ a réexaminé l'assuré et a émis l'appréciation suivante :

« Le patient dit qu'il a beaucoup progressé depuis le dernier examen à l'agence, notamment grâce au séjour à [...]. Il peut marcher maintenant sans moyens auxiliaires sur de courtes distances et ne prend qu'une canne basse, par sécurité, pour les plus longs trajets. La station assise est également beaucoup mieux supportée et le patient a retrouvé une vie sociale plus normale. Il a essayé de reconduire sa voiture lorsque le Dr B._____ lui en a donné la permission mais il veut faire quelques heures de conduite accompagnée avec un ami moniteur, avant de se lancer dans le trafic et il préfère attendre la fin de l'hiver. Il s'efforce d'aider sa compagne au ménage et cherche activement un emploi. Lors de la phase ECP, il s'est quand même rendu compte qu'il était plus limité qu'il ne le pensait et il y a ce problème de recharge de la batterie du stimulateur qui l'oblige à s'interrompre 1 à 2 fois par jour.

A l'examen clinique, on retrouve un patient de grande taille, solidement constitué mais en surpoids, positif, qui se déplace toujours en légère flexion antérieure du tronc mais plus librement qu'auparavant et sans aucune manifestation douloureuse.

Objectivement, il n'y a pas de troubles statiques majeurs. La musculature paravertébrale semble un peu tendue mais non douloureuse à la palpation. L'allodynie lombo-sacrée et la voussure qu'on observait auparavant à ce niveau ont complètement disparu. La mobilité du rachis dorso-lombaire est bien récupérée et la mobilisation s'effectue de manière harmonieuse. Le patient change aisément de position et il peut rester longtemps assis sans aucune gêne apparente même s'il évite toujours de trop s'appuyer au dossier de la chaise. La manœuvre de Lasègue, négative à G [gauche], entraîne des douleurs lombaires à D mais elle n'est pas bloquée. Les ROT sont peu vifs, symétriques. La force développée à D reste un peu moins bonne qu'à G, sans emporter la conviction d'un déficit. Le patient ne décrit pas de troubles de la sensibilité aux MI. Il n'y a pas d'autolimitation, pas de signe de non organicité.

Comme je l'ai déjà dit, cette affaire me laisse perplexe.

L'accident du 07.03.2017, une simple contusion, est venu aggraver des lombalgies chroniques modérées qui remontaient elles-mêmes à une fracture du sacrum, survenue en 1999, apparemment guérie sans séquelles mais qui laissait quand même une voussure lombo-sacrée de nature peu claire.

Alors que les constatations objectives étaient assez minces, cet accident a entraîné un handicap subjectif majeur, d'allure fonctionnelle, que toutes les mesures entreprises ne parvenaient pas à infléchir (séjour à Z._____, reprise de la cicatrice) jusqu'à l'implantation d'un stimulateur médullaire qui a notablement amélioré l'état de M. F._____.

La situation ne s'est jamais prêtée à une fin de prestations (fracture du sacrum, lésion lombo-sacrée post-traumatique de nature peu claire) et en prenant en charge une neuromodulation sur le long terme, il est clair que la Suva a implicitement admis que sa responsabilité restait engagée.

Du point de vue thérapeutique, la poursuite de la physiothérapie, très investie par le patient, à raison de 2 séances par semaine, peut se concevoir encore quelque temps. On s'attend ensuite à ce que le patient puisse progressivement espacer les séances.

Au plan professionnel, le patient aurait bien voulu réintégrer G._____ car il est persuadé qu'un travail adapté aurait pu lui être confié mais il s'est rendu compte qu'on ne le réengagerait pas. Il a aussi contacté un ami d'enfance qui a hérité d'une entreprise [...]. De la phase ECP, il est ressorti que la meilleure piste professionnelle serait un poste de réceptionniste polyvalent ou de responsable du courrier dans une entreprise.

Alors que la motivation du patient à retrouver un emploi a paru sans faille, d'évidentes difficultés se sont faites jour lors de cette phase ECP de sorte qu'il a paru douteux qu'il puisse travailler en plein, même dans une activité adaptée, voir qu'il puisse travailler dans le circuit économique normal.

Néanmoins, il n'est pas possible de se fonder uniquement sur cette observation professionnelle pour définir une exigibilité, laquelle doit aussi tenir compte des constatations objectives de l'examen radioclinique qui sont rassurantes.

Pour ma part, je suis d'avis que M. F._____ peut travailler dans une activité respectant les limitations médicalement reconnues lors

du séjour à Z. _____ mais qu'une baisse de rendement de l'ordre de 20% doit être admise, notamment en raison du temps de recharge de la batterie du stimulateur qui va forcément interférer avec l'activité professionnelle.

Si le patient parvient à retrouver un emploi, la rente qui se profile, au vu des considérations qui précèdent, pourra toujours être révisée s'il y a lieu.

S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, je pense qu'il faut être pragmatique et considérer que nous sommes en présence de troubles dégénératifs modérés, rendus douloureux par l'accident, mais dans une mesure qui n'est que partiellement explicable, soit des douleurs minimales permanentes (++) au sens de la table 7 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20], détail N°2870/7.f-2004.

La légère radiculopathie S1 D et surtout la nécessité d'une stimulation médullaire justifient une augmentation de 5%.

L'atteinte à l'intégrité totale se monte ainsi à 15%. »

b) Par courrier du 4 février 2020, la CNA a constaté la stabilisation de l'état de santé de l'assuré et a mis fin au versement des indemnités journalières au 31 mars 2020.

Par décision du 24 avril 2020, la CNA a alloué une rente de 24 % et une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 15 %. Elle a indiqué que, selon le médecin d'arrondissement, une capacité de travail, en tenant compte d'une baisse de rendement de l'ordre de 20 %, était exigible dans une activité adaptée. Cette capacité de travail médicalement exigible permettrait de réaliser, au vu de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), homme, niveau de compétence 1, un salaire annuel 54'465 francs. Comparé au gain de 71'385 fr. réalisable sans l'accident, il en résultait une perte de gain de 24 %.

L'assuré, par sa protection juridique, y a fait opposition par courriers des 25 et 26 mai 2020, contestant en substance bénéficier d'une pleine capacité de travail en l'état, même dans une activité adaptée et avec une diminution de rendement. Par courrier du 17 juillet 2020, Me Jean-Michel Duc, désormais conseil de l'assuré, a précisé ses conclusions, principalement dans le sens de la reprise du versement des indemnités journalières et du paiement de soins médicaux, subsidiairement à l'octroi

d'une rente entière et d'une IPAI supérieure à 15 %, encore plus subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Dans un rapport du 9 novembre 2020 à la CNA, la Dre V._____ a attesté d'une capacité de travail de 50 % dès le 1^{er} avril 2020 en raison de douleurs du sacrum, en précisant que l'état était stationnaire sans amélioration clinique.

Le 26 février 2021, l'assuré a transmis à la CNA un rapport établi le 17 décembre 2020 par la Dre CD._____, cheffe de clinique adjointe de l'Hôpital EF._____, dans lequel celle-ci a posé le diagnostic de lombosciatalgies prédominantes à droite posttraumatiques chroniques et a fait part de ses constatations suivantes (sic) :

« Compte tenu de ce qui précède je retiens un diagnostic de lombopygalgies droites chroniques posttraumatiques avec probablement une origine neuropathique séquellaire sur ajoutée (signes de radiculopathie S1 droite sur deux ENMG). Comme relevé à plusieurs reprises et compte tenu notamment de la chronicité des plaintes, il existe par ailleurs probablement des éléments faisant évoquer une sensibilisation centrale de la douleur, faisant intervenir des facteurs somatiques et psychiques. Cette pathologie est congruente dans le temps avec le traumatisme en mars 2017 chez un patient qui ne présentait pas de limitation fonctionnelle tant sur le plan professionnel que dans la vie quotidienne incapacitante jusqu'à cette date.

Actuellement et selon les propres dires du patient, la situation semble actuellement relativement stabilisée mais reste caractérisée par un état douloureux élevé (EVA [échelle visuelle analogique] 6 /10 en moyenne) malgré l'amélioration du seuil douloureux suite à la pose du neuromodulateur et le bénéfice tant en terme de douleur que de fonction grâce à la thérapie physique.

Je note par ailleurs chez Monsieur F._____, compte tenu du parcours médical que j'ai pu reconstituer et de la présente consultation, son implication et sa compliance aux différentes prises en charges médicales recommandées.

Concernant l'incapacité de travail en lien avec l'atteinte à la santé, j'estime comme cela a été le cas lors des différents séjours à Z._____ que, dans l'activité habituelle du patient, celle-ci est de 100%.

Dans une activité adaptée à l'état de santé, bien que la présente consultation ne soit pas une expertise médicale, je l'estimerais de l'ordre de 50%, dès le 01.04.2020. »

Le Dr M._____ a indiqué le 8 mars 2021 que le rapport de la Dre CD._____ n'apportait aucun élément nouveau susceptible de faire changer son appréciation.

Par décision sur opposition du 11 mars 2021, la CNA a rejeté l'opposition, confirmant ainsi sa décision du 24 avril 2020, quand bien même le salaire sans invalidité fixé sur la base de l'ESS de l'année 2018 conduisait à une perte de gain de 23 % (au lieu de 24 %).

Par acte du 8 avril 2021, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour de céans, concluant principalement à sa réforme, en ce sens que l'intimée continue à lui verser des indemnités journalières et qu'elle prenne en charge les traitements médicaux au-delà du 1^{er} avril 2020, et subsidiairement au versement d'une rente d'invalidité de 64 % au moins et d'une IPAI de plus de 15 % et à la prise en charge de tous les frais de traitement après fixation de la rente.

Dans un arrêt du 25 novembre 2021 (AA 48/21 - 135/2021), la Cour de céans a rejeté le recours et confirmé la décision sur opposition rendue le 11 mars 2021 par la CNA. En substance, elle a retenu que l'état de santé de l'assuré était stabilisé et que c'était à juste titre que la CNA s'était fondée sur l'appréciation du Dr M._____ du 21 janvier 2020 pour retenir une capacité de travail résiduelle de 100 %, avec une baisse de rendement de 20 % dès février 2020 ; elle a confirmé les revenus avec et sans invalidité retenus par cette dernière, tout comme la perte de gain, qui donnait droit à une rente de 24 %. La Cour de céans a notamment considéré que le grief de l'assuré relevant l'absence de compétence et de légitimité du médecin d'arrondissement de la CNA était sans pertinence et que l'appréciation du Dr M._____ n'était mise en doute, même faiblement, par aucun élément médical au dossier ; en particulier, le rapport du 17 décembre 2020 de la Dre CD._____ et le rapport du 9 novembre 2020 de la Dre V._____ ne permettaient pas de jeter le doute sur l'avis du médecin d'arrondissement de la CNA. Enfin, la Cour de céans a confirmé le taux d'atteinte à l'intégrité de 15 %.

Cet arrêt a été confirmé sur recours par le Tribunal fédéral le 10 juin 2022 (8C_20/2022).

c) Dans l'intervalle, le 14 mars 2020, l'assuré a demandé à l'OAI de pouvoir bénéficier de l'aide au placement.

Par courrier du 6 avril 2020 à l'OAI, faisant référence à un appel téléphonique ayant eu lieu le jour-même avec un collaborateur dudit office, il a confirmé ne pas se sentir apte à reprendre une activité professionnelle en raison de son état de santé et renoncer pour le moment à l'aide au placement.

Par communication du 19 mai 2020, l'OAI a informé l'assuré que les conditions du droit au placement étaient remplies et qu'il bénéficiait ainsi d'un conseil et soutien pour la recherche d'un emploi par un coordinateur emploi.

Le 19 mai 2020, l'OAI a également adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} mars 2018 au 31 mai 2020. Dans sa motivation, il a exposé que, depuis le 17 (*recte* : 7) mars 2017 - début du délai d'attente d'une année - l'assuré présentait une incapacité de travail totale. A la fin du délai d'attente, soit le 7 mars 2018, il présentait une incapacité de travail et de gain à 100 %, dans toute activité. L'OAI a ainsi estimé que le degré d'invalidité s'élevait à 100 % et qu'un droit à une rente entière était ouvert. L'office a en outre retenu qu'à partir du mois de février 2020, une capacité de travail entière, avec une baisse de rendement de 20 %, pouvait être exigée dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : « pas de ports de charges au-delà 15 kilos, porter rarement des charges de 7.5 kilos à 15 kilos, porter parfois des charges de 7.5 à 15 kilos, pas de maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, pas de flexions/torsions répétées du tronc, pas de maintien prolongé des positions statiques assis/debout ». Sur le plan économique, l'OAI a expliqué que le revenu avec invalidité devait être évalué sur la base des

données salariales de l'Office fédéral de la statistique, l'intéressé n'ayant pas repris d'activité. Il s'est dès lors fondé sur le salaire pour un homme dans des activités non qualifiées du domaine de service (réceptionniste/employé à l'accueil d'une entreprise/assistant de bureau/employé au guichet), soit 68'081 fr. 71 à 100 % en 2020, auquel il a déduit 20 % de baisse de rendement, ce qui donnait un revenu avec invalidité de 54'465 fr. 37. S'agissant du revenu sans invalidité, il a retenu un montant de 70'893 francs. L'OAI a estimé que l'intéressé présentait un degré d'invalidité de 23.17 %, inférieur à 40 %, de sorte que le droit à une rente n'était plus ouvert. Il a par conséquent considéré que le droit à la rente s'éteignait le 31 mai 2020, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de travail.

Par courrier du 11 juin 2020, complété le 17 juillet suivant, l'assuré, par l'intermédiaire de Me Jean-Michel Duc, a contesté le projet de décision susmentionné, estimant avoir droit à une rente d'invalidité sans limitation dans le temps et, subsidiairement, à des mesures d'ordre professionnel.

Il ressort d'une note téléphonique du 23 juin 2020 que l'assuré a signifié à un collaborateur de l'OAI qu'il ne comprenait pas pourquoi l'aide au placement avait été réactivée et qu'il souhaitait fermer temporairement ce mandat, dans l'attente du règlement du contentieux.

Le 26 février 2021, l'assuré a transmis à l'OAI le rapport établi le 17 décembre 2020 par la Dre CD. _____ et confirmé les conclusions prises par courriers des 11 juin et 17 juillet 2020.

Dans un courrier du 9 juin 2021 à l'assuré, faisant partie intégrante de la décision à intervenir, l'OAI a notamment retenu que l'atteinte médicale était en lien direct avec l'accident du 7 mars 2017 et que, dans son courrier du 4 février 2020, l'assureur-accidents l'avait informé de la stabilisation de son état et de sa capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, avec une baisse de rendement de 20 % ; l'office avait ainsi retenu la date de

février 2020 s'agissant de l'amélioration de son état de santé, soit dès connaissance de l'aptitude à la réadaptation dans une activité adaptée. En ce qui concernait les mesures d'ordre professionnel, il a relevé que l'assuré avait sollicité une aide au placement le 14 mars 2020, mais qu'il y avait renoncé le 6 avril suivant pour des raisons de santé. De même, une nouvelle mesure d'aide au placement avait été accordée le 19 mai 2020, mais n'avait pas été mise en œuvre, l'intéressé ayant annoncé par téléphone du 23 juin 2020 qu'il n'acceptait pas l'exigibilité retenue.

Par décision du 3 septembre 2021, l'OAI a fixé le montant mensuel de la rente entière d'invalidité à 2'087 fr. pour la période du 1^{er} mars au 31 décembre 2018 et à 2'105 fr. pour la période du 1^{er} janvier 2019 au 31 mai 2020, en reprenant la motivation développée dans son projet de décision.

Par une seconde décision du 3 septembre 2021, l'OAI a fixé le montant mensuel de la rente pour enfant à 835 fr. pour la période du 1^{er} mars au 31 décembre 2018 et à 842 fr. pour la période du 1^{er} janvier 2019 au 31 mai 2020.

C. Par actes du 7 octobre 2021, F._____, désormais représenté par Me Marine de Saint Leger, a recouru contre les décisions précitées auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu préalablement à la jonction des causes, principalement à l'annulation (*recte* : la réforme) des décisions litigieuses en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité, assortie d'une rente pour enfant, au-delà du 31 mai 2020 et subsidiairement à la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel. Le recourant a également requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comprenant des volets rhumatologique, toxicologique et pharmacologique, à titre de mesure d'instruction. En substance, le recourant fait valoir que la décision entreprise se fonde uniquement sur l'appréciation du Dr M._____, qui est peu probante étant donné que celui-ci n'exerce son activité qu'auprès de la CNA, qu'il n'est pas spécialisé en rhumatologie, en pharmacologie ni en toxicologie et qu'il n'a plus de contact avec des patients. L'appréciation du médecin

d'arrondissement de la CNA serait par ailleurs mise en doute par les rapports de la Dre CD._____ et des spécialistes en réinsertion professionnelle de Z._____, lesquels attestent une faible capacité de travail. En outre, le recourant invoque devoir recharger son neuromodulateur quatre fois par jour durant environ quarante-cinq minutes, au lieu de deux fois par jour durant environ une heure, comme retenu par le Dr M._____. En ce qui concerne le droit à la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, le recourant relève qu'il avait plus de cinquante-cinq ans au mois de février 2020, date à laquelle l'intimé a constaté une amélioration de sa capacité de travail, mais que celui-ci n'a pas analysé la question de la mise en valeur de sa capacité de travail résiduelle. Selon lui, les pièces au dossier démontrent pourtant que sa capacité de travail restera faible, voire nulle, sans la mise en œuvre de mesures progressives d'ordre professionnel.

Par avis du 2 novembre 2021, la juge instructrice a joint les causes AI 369/21 et AI 370/21 pour faire l'objet d'une instruction commune et d'un jugement commun, compte tenu de la connexité des faits à leur origine (art. 24 al. 1 LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Elle a indiqué que la procédure se poursuivrait en conséquence sous le n° AI 369/21.

Par réponse du 2 décembre 2021, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Pour l'essentiel, il retient que le recourant n'a produit aucun document médical susceptible de modifier sa position. S'agissant des mesures d'ordre professionnel, il relève que la rente d'invalidité a été octroyée de manière limitée dans le temps, à la suite d'un accident, alors que l'assuré était âgé de cinquante-six ans, qu'il a bénéficié de mesures auprès de Z._____, que le nombre d'activités adaptées reste très large et que l'aide au placement a été proposée.

Par réplique du 17 décembre 2021, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a notamment allégué que son atteinte à la santé

psychique n'avait pas été prise en compte, ni par le Dr M._____, ni par l'intimé.

Par duplique du 17 janvier 2022, l'intimé a réitéré ses conclusions. Il a produit un avis du 10 janvier 2022 du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), dont la teneur est en particulier la suivante :

« Sur le plan somatique, il n'a pas de nouvelle pièce médicale au dossier. Nous n'avons pas de motif de nous écarter des conclusions de la SUVA (y compris au sujet du rapport médical de la Dre CD._____ du 17.12.20 sur lequel le médecin d'arrondissement SUVA s'est déjà prononcé).

Sur le plan psychique, le conseil de l'assuré indique qu'il est dans l'attente d'un rapport médical du psychiatre de l'assuré. Nous constatons qu'aucune pièce médicale, rattachée à la période qui prévalait jusqu'à la prise de position litigieuse de notre administration, n'évoque d'atteinte à la santé mentale, et ce nonobstant les nombreuses demandes d'information relatives à l'instruction de la demande AI (et SUVA). Rappelons également que le compte-rendu du séjour à Z._____ en 2019 signale l'absence de toute psychopathologie (...). »

Par déterminations du 4 février 2022, le recourant a invoqué être suivi depuis le 31 août 2021 par Mme GH._____, infirmière en psychiatrie indépendante, en raison de l'apparition de symptômes de type anxiodépressif, et avoir entrepris un suivi psychiatrique auprès d'un médecin psychiatre. Il a joint à son envoi un courrier électronique adressé par Mme GH._____ le 10 novembre 2021 à son avocate ; il en ressort que l'infirmière le suit depuis le 31 août 2021 sur conseil de son médecin traitant, plusieurs symptômes psychiques de type anxiodépressif s'étant ajoutés aux douleurs chroniques auxquels il devait faire face depuis son accident.

Le 28 février 2022, le recourant a produit un rapport établi le 20 février 2022 par le Prof. IJ._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie et médecin-chef auprès de la Clinique de rhumatologie de l'Hôpital EF._____. Par ce rapport, le Prof. IJ._____ a indiqué que la Dre CD._____ ne travaillait plus dans son service et qu'il répondait donc à sa place après avoir pu s'entretenir du cas avec celle-ci.

Il a notamment relevé que l'appréciation de cette dernière lui semblait juste, valide et pertinente et a attesté que le recourant souffrait de lombalgies droites permanentes sévères malgré une prise en charge optimisée et que l'atteinte résiduelle, les douleurs et le temps nécessaire aux traitements réguliers entraînaient une diminution du rendement/de la capacité de travail qu'il estimait à 50 %.

Le 24 mars 2022, l'intimé a produit un avis du 10 mars 2022, par lequel le SMR constatait que le Prof. IJ._____ n'avait pas vu, ni examiné le recourant et qu'il ne faisait pas état d'éléments médicaux nouveaux propres à faire reconsidérer l'état de santé somatique de ce dernier ; cette appréciation constituait tout au plus une appréciation différente d'un même état de fait et ne permettait pas de modifier la position du SMR quant à l'aptitude au travail du recourant.

Le 5 avril 2022, le recourant a en particulier produit un rapport établi le 29 mars 2022 par la Dre KL._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont il ressort qu'il était suivi par le Centre [...] sur avis de son médecin traitant depuis le 21 décembre 2021 à raison d'une à deux séances mensuelles, puisqu'il souffrait d'une dépression anxieuse résistante et d'un état de vulnérabilité présent depuis 2017.

Par courrier du 14 avril 2022, l'intimé a indiqué n'avoir rien à ajouter à ses différents courriers, auxquels il renvoyait.

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) 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 une rente d'invalidité, assortie d'une rente pour enfant, au-delà du 31 mai 2020, et à des mesures d'ordre professionnel.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} 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 des décisions litigieuses rendues le 3 septembre 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) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) D'après l'art. 35 al. 1 LAI, les hommes et les femmes qui peuvent prétendre une rente d'invalidité ont droit à une rente pour chacun des enfants qui, au décès de ces personnes, auraient droit à la rente d'orphelin de l'assurance-vieillesse et survivants. La rente pour enfant est versée comme la rente à laquelle elle se rapporte (al. 4).

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

sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

5. 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).

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).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. a) Par décisions du 3 septembre 2021, l'intimé a octroyé au recourant une rente entière d'invalidité, assortie d'une rente pour enfant, pour la période du 1^{er} mars 2018 au 31 mai 2020. Il a toutefois considéré que le droit à la rente s'éteignait le 31 mai 2020, soit trois mois après l'amélioration de sa capacité de travail, intervenue en février 2020. L'atteinte à la santé faisant suite à un accident, les décisions entreprises sont fondées sur le dossier de la CNA, plus particulièrement sur l'appréciation du Dr M. _____ du 21 janvier 2020.

b) En l'espèce, le recourant met en doute les compétences du Dr M. _____ dans la mesure où il n'exerce son activité de médecin qu'auprès de la CNA, qu'il n'est pas spécialisé en rhumatologie, en pharmacologie ni en toxicologie et qu'il n'a plus de contact avec des patients.

D'après la jurisprudence, une valeur probante doit être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours

de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 précité ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Au demeurant, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (TF 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 4.4.2 ; 8C_59/2020 du 14 avril 2020 consid. 5.2 ; 8C_316/2019 consid. 5.4 du 24 octobre 2019 et les arrêts cités).

En outre, c'est à tort que le recourant soutient que selon un arrêt rendu récemment par le Tribunal fédéral (8C_33/2021 du 31 août 2021 consid. 2.2.2), les médecins du SMR doivent avoir les « qualifications personnelles et du domaine de spécialisation requise dans chaque cas particulier ». Force est de constater que le recourant procède à une lecture biaisée de l'arrêt cité : si cet arrêt rappelle en effet la distinction entre avis du SMR (art. 49 al. 1 RAI) et examen clinique du SMR (art. 49 al. 2 RAI), il précise que les médecins du SMR doivent disposer des qualifications personnelles et professionnelles utiles dans le cas d'espèce (« Die RAD-Arztinnen und -Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen »), sans aucunement fixer l'exigence d'une spécialisation FMH dans chacune des disciplines concernées par la cause. Ainsi, le simple fait que le Dr M._____, qui ne fait au demeurant pas partie du SMR, ne dispose pas d'une spécialisation en rhumatologie, en pharmacologie ou en toxicologie ne suffit donc pas à priver son avis de toute valeur probante.

Le grief du recourant relevant l'absence de compétence et de légitimité du médecin d'arrondissement de la CNA est ainsi sans pertinence. La critique de l'absence de lien avec des patients est particulièrement infondée puisque le Dr M._____ a examiné l'intéressé personnellement à plusieurs reprises.

c) Le recourant fait également valoir que l'appréciation du médecin d'arrondissement est mise en doute par le rapport établi le 14 novembre 2019 par les spécialistes du Service de réadaptation professionnelle de Z._____, celui du 17 décembre 2020 de la Dre CD._____ et celui du 20 février 2020 du Prof. IJ._____. Sa capacité de travail résiduelle serait en réalité d'au maximum 50 %.

En l'occurrence, la Cour de céans s'est d'ores et déjà prononcée sur la force probante du rapport du 21 janvier 2020 du Dr M._____, au regard du dossier de la CNA - notamment des rapports de la Dre CD._____ du 17 décembre 2020, de la Dre V._____ du 9 novembre 2020 et des spécialistes du Service de réadaptation professionnelle de Z._____ du 14 novembre 2019 -, dans son arrêt du 25 novembre 2021 traitant du droit de l'intéressé aux prestations de l'assurance-accidents (AA 48/21 - 135/2021), confirmé par le Tribunal fédéral le 10 juin 2022. Elle a en particulier relevé que l'appréciation du médecin d'arrondissement se basait sur plusieurs examens cliniques effectués à différentes dates, qu'elle faisait état des plaintes du recourant, était exempte de contradictions et relevait d'une étude fouillée du cas de celui-ci ; ses conclusions, objectives étaient rigoureusement motivées, n'étaient pas remises en doute, même faiblement, par d'autres rapports médicaux et avaient ainsi pleine valeur probante.

L'OAI s'étant fondé sur les mêmes pièces que la CNA pour établir la capacité de travail exigible du recourant et dans la mesure où les quelques rapports supplémentaires recueillis par l'OAI sont en tout point similaires aux rapports figurant au dossier de l'assureur-accidents, l'on peut renvoyer aux considérants de l'arrêt précité et, en définitive, retenir que l'appréciation du Dr M._____ a pleine valeur probante et que ni les spécialistes du Service de réadaptation professionnelle de Z._____, ni la Dre CD._____, ni la Dre V._____ ne font état d'éléments permettant de la mettre en doute.

On relèvera à toutes fins utiles que, contrairement à ce que soutient le recourant, le Dr M. _____ a valablement retenu que ce dernier devait procéder au chargement de son neurostimulateur une à deux fois par jour durant une heure sur son temps de travail, ce qui correspond aux évaluations des spécialistes de Z. _____, qui mentionnaient le besoin de charger le neuromodulateur environ toutes les quatre heures, et aux dires du Prof. IJ. _____, qui relève un besoin de chargement trois fois par jour. La perte de temps au travail liée en particulier au chargement du neurostimulateur a ainsi à juste titre été évaluée à 20 % par le médecin d'arrondissement de la CNA.

Le recourant produit en outre un rapport médical postérieur à l'arrêt rendu par la Cour de céans le 25 novembre 2021, à savoir le rapport établi le 20 février 2022 par le Prof. IJ. _____. Aux termes de ce rapport, le médecin précité confirme, compte tenu de sa discussion avec son ancienne collègue, la Dre CD. _____, et des documents au dossier, l'appréciation de cette dernière selon laquelle la capacité de travail résiduelle de l'intéressé serait de 50 %. Il estime que le temps pour recharger le neuromodulateur correspond plutôt à un 30 % et que le recourant doit également consacrer deux demi-journées pour de la physiothérapie, ce qui implique également de se déplacer pour se rendre à ces séances ; à son avis, « la somme de ces éléments, sans tenir compte du temps pris pour faire des exercices indispensables d'étirement ou de repos chez un patient présentant des douleurs sévères, est certainement beaucoup plus proche d'un 50 % que d'un 20 % ». Or, le Prof. IJ. _____ n'a jamais rencontré le recourant et il n'a donc procédé à aucun examen clinique avant d'émettre son opinion. Du reste, il ne fait pas état d'éléments médicaux objectifs qui n'auraient pas été pris en compte par le médecin d'arrondissement et ses estimations relatives à la capacité de travail sont pour le moins approximatives. Son rapport n'est donc pas susceptible de mettre en doute, même faiblement, les conclusions étayées du médecin d'arrondissement de la CNA.

d) Le recourant fait également grief à l'intimé et au Dr M. _____ de ne pas avoir tenu compte de ses troubles psychiques. Il

produit un courrier électronique d'une infirmière en psychiatrie du 10 novembre 2021, qui atteste le suivre depuis le 31 août 2021, ainsi qu'un rapport d'une psychiatre, la Dre KL._____, laquelle atteste qu'il la consulte une à deux fois par mois en raison d'une dépression anxieuse résistante.

Cependant, la situation doit être examinée selon l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'intimé a statué, soit en début septembre 2021. A cet égard, l'apparition d'une dépression anxieuse entraînant un suivi psychiatrique au mois de décembre 2021 ne peut être prise en considération en l'état (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b). Du reste, en ce qui concerne la situation antérieure aux décisions du 3 septembre 2021, aucune pièce médicale ne mentionne une quelconque atteinte psychique ; au contraire, les médecins de Z._____ ont attesté, dans leur rapport du 14 octobre 2019, une absence de toute psychopathologie, de sorte qu'aucun suivi psychiatrique n'avait été mis en place.

Ce grief est par conséquent mal fondé.

e) Compte tenu de l'ensemble des éléments qui précèdent, l'intimé était fondé à suivre l'appréciation du médecin d'arrondissement de la CNA et à retenir une capacité de travail médico-théorique de 100 % dans une activité adaptée, avec diminution de rendement de 20 %. Le recours est donc rejeté sur ce point.

7. a) Sur le plan médical, le recourant fait encore valoir que l'intimée aurait dû effectuer des investigations plus approfondies, portant notamment sur les effets secondaires causés par la prise de Tramadol, avant de confirmer son projet de décision du 19 mai 2020. Il requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, comprenant des volets rhumatologiques, toxicologiques et pharmacologiques à titre de mesure d'instruction.

b) En premier lieu, le recourant n'allègue pas quels seraient les effets secondaires de la prise de Tramadol, ni quel serait leur impact sur sa capacité de travail. Il ne produit du reste aucune pièce médicale à cet égard. Partant, il n'apparaît pas que cette question soit pertinente pour l'issue du litige.

En second lieu, les pièces au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il apparaisse nécessaire de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire pour se prononcer sur l'état de santé et la capacité de travail du recourant jusqu'à la date des décisions entreprises. Une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents sur le plan médical ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

8. Au vu de l'âge du recourant, il appartenait à l'OAI d'examiner s'il pouvait être exigé de ce dernier qu'il se réadapte par lui-même avant de se prononcer sur la suppression de la rente. Le recourant conclut d'ailleurs à l'octroi de mesures d'ordre professionnel.

a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

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. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée (TF 9C_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.1 et la jurisprudence 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 ; TFA I 370/98 du 26 août 1999 publié in : VSI 3/2002 p. 111 consid. 2 et réf. cit.).

b) Il arrive que l'octroi préalable de mesures de réadaptation constitue 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). La jurisprudence considère ainsi 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 cinquante-cinq 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_663/2020 du 11 août 2021 consid. 4.1 ; 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 5.2 et les références citées, 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'office AI 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, *in* SVR 2011 IV n° 73 p. 220).

Demeure ouverte la question de savoir si la réalisation des critères (durée de 15 années d'allocation de la rente ou accomplissement de la 55e année) doit être examinée par rapport au moment du prononcé de la décision de suppression de la rente ou à celui à partir duquel cette prestation a été supprimée (ATF 145 V 209 consid. 5.4 ; 141 V 5 ; 138 V 457).

c) En l'espèce, le recourant a bénéficié d'une rente entière d'invalidité limitée dans le temps et il était âgé de plus de cinquante-cinq ans, tant au moment où l'OAI lui a reconnu le droit à une rente limitée dans le temps (le 3 septembre 2021), qu'à celui à partir duquel le droit a

été supprimé (le 31 mai 2020). De ce fait, il appartient donc à la catégorie d'assurés dont il convient de présumer en raison de leur âge 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 de travail établie sur un plan médico-théorique. L'OAI se devait donc de vérifier si l'assuré avait besoin de la mise en œuvre de telles mesures pour atteindre sa capacité de travail médico-théorique avant de supprimer son droit à la rente.

Or, aucun examen concret n'a été effectué par l'intimé, dont la décision ne contient aucune constatation sur l'exigibilité d'une réadaptation par soi-même selon les règles spécifiques qui s'appliquent aux assurés âgés de plus de cinquante-cinq ans. A cet égard, le fait d'octroyer une aide au placement par communication adressée le 19 mai 2020, soit à la même date que le projet de décision concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité limitée dans le temps, ne répond pas aux exigences jurisprudentielles. Il ne suffit pas non plus, pour fonder une exception à la présomption selon laquelle un assuré âgé de cinquante-cinq ans ne peut se réadapter par soi-même, de mentionner des exemples d'activités adaptées à l'état de santé de l'assuré, qui ne nécessitent pas de formation particulière (TF 9C_211/2021 du 5 novembre 2021 consid. 3.2).

L'OAI ne pouvait renoncer à un tel examen, ce d'autant plus que le taux d'invalidité du recourant, excédant dans tous les cas 20 %, lui ouvre possiblement le droit à une mesure de reclassement au sens de l'art. 17 LAI et que les éléments au dossier ne permettent pas de retenir, en l'état, qu'une aptitude subjective de réadaptation de l'assuré ferait défaut. En effet, il apparaît que le recourant est demandeur de mesures de réadaptation, puisqu'il a requis, par courrier du 14 mars 2020, de pouvoir bénéficier d'une aide au placement, et qu'il conclut expressément dans son acte de recours à l'octroi de mesures d'ordre professionnel. Le recourant a certes renoncé temporairement à l'aide au placement au printemps 2020, compte tenu de son état de santé, puis du litige en cours avec l'OAI. Toutefois, on ne saurait lui nier toute aptitude subjective de

réadaptation pour ce simple fait, aucune mesure de réadaptation ne lui ayant été proposée ultérieurement.

Compte tenu de ce qui précède, le dossier de l'intimé est incomplet et ne permet pas de statuer en toute connaissance de cause sur la suppression de la rente d'invalidité au 31 mai 2020. Il sera retourné à l'OAI afin que celui-ci reprenne l'instruction de la cause et qu'il détermine si des mesures d'ordre professionnel – cas échéant, lesquelles – doivent être allouées à l'assuré pour qu'il atteigne sa capacité de travail médico-théorique ou s'il peut être exigé de sa part qu'il se réadapte par lui-même. Ce n'est qu'à l'issue de cet examen et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures de réintégration sur le marché du travail que l'intimé pourra définitivement statuer sur la suppression de la rente entière d'invalidité.

9. a) En définitive, les décisions litigieuses s'avèrent pour partie mal fondées et le recours doit être admis en conséquence. La cause est ainsi renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer en l'occurrence à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant par 300 fr. et de l'OAI par 300 francs.

c) Le recourant obtient partiellement gain de cause et a droit à une indemnité de dépens réduite à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité réduite à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.

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

prononce :

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** Les décisions rendues le 3 septembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont annulées, la cause étant renvoyée à cet office pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis par 300 fr. (trois cents francs) à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud et par 300 fr. (trois cents francs) à la charge de F._____.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à F._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens réduits.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Marine de Saint Leger (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 :