

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 janvier 2023

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Reinberg, assesseur
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourant, représenté par Me Sarah Braunschmidt Scheidegger, avocate à Genève,

et

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

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

E n f a i t :

A. a) I._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], marié et père de trois enfants (dont un majeur), sans formation, était employé par S._____ SA depuis le 1^{er} septembre 1998 en qualité de poseur de clôtures à 100 %. Le 26 mai 2015, il a chuté de vélo et a subi une fracture comminutive du plateau tibial du genou gauche avec avulsion du pied tibial du ligament croisé postérieur. Lors de l'opération réalisée le 18 juin 2015, la fracture du plateau tibial a été réduite et le ligament croisé postérieur réinséré par vissage. L'assuré a été totalement incapable de travailler à la suite de l'accident.

La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), assureur-accidents, a pris le cas en charge.

L'assuré s'est vu prescrire des séances de physiothérapie. Des tentatives de reprise du travail n'ont pas abouti.

Un arthro-scanner du genou gauche réalisé le 28 janvier 2016 a mis en évidence une ostéopénie dystrophique de sous-utilisation du genou gauche. La rotule présentait une chondropathie de grade III de sa facette latérale et de grade II de sa crête.

Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) réalisée le 22 mars 2016 a révélé la présence d'une chondropathie fémoro-patellaire de grade II, avec status post-plastie du ligament croisé postérieur sans particularité, sans signe de tendinopathie du tendon rotulien.

A la requête de la CNA, l'assuré a séjourné à la Clinique W._____ (ci-après : la Clinique W._____) du 18 mai au 15 juin 2016. Dans leur rapport du 29 juin 2016, les Drs C._____ et L._____, spécialistes en médecine physique et réadaptation, n'ont posé aucun diagnostic psychiatrique. Ils ont confirmé le diagnostic de fracture-avulsion déplacée du pied tibial du ligament croisé postérieur et posé le diagnostic

d'entorse du ligament collatéral latéral. Au plan somatique, ils ont retenu les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : longs déplacements, port de charges lourdes, positions contraignantes pour le genou (accroupies et à genoux), positions debout prolongées, monter et descendre les escaliers et les échelles. Les médecins de la Clinique W. _____ ont relevé que la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Ils ont estimé une stabilisation à deux mois et émis un pronostic de réinsertion favorable dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles précitées.

b) L'assuré a déposé le 23 août 2016 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état d'une incapacité de travail totale depuis le 26 mai 2015. Quant au genre de l'atteinte, il a indiqué une « fracture avulsion comminutive, déplacée, du pied tibial du ligament croisé postérieur à hauteur du genou gauche ».

Il ressort de l'extrait du compte individuel de l'assuré qu'il a perçu un revenu annuel de 77'084 fr. en 2010, de 84'012 fr. en 2011, de 84'475 fr. en 2012, de 85'646 fr. en 2013, et de 90'014 fr. en 2014.

Dans son questionnaire à l'OAI complété le 21 octobre 2016, l'employeur a indiqué que l'assuré, en sa qualité de « préposé clôtures », touchait un salaire horaire de 31 fr. 40, pour un nombre d'heures par semaine de 40 à 49.

Un arthro-scanner du genou gauche réalisé le 19 janvier 2017 a montré la continuité de la plastie du ligament croisé postérieur, avec une chondropathie de grade II à III de la facette patellaire externe, sans autres lésions significatives.

Dans son rapport à la CNA établi le 16 mars 2017, le Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de fracture avulsion du ligament croisé postérieur ostéosynthésée le 10 juin 2015 et de

chondropathie fémoro-patellaire post-traumatique de stade II voire III. Il a fait état d'une évolution défavorable, avec la persistance de douleurs importantes du genou, l'évolution étant marquée par l'apparition de la chondropathie fémoro-patellaire. Le Dr G. _____ a estimé que la reprise de l'activité habituelle était impossible, une réadaptation professionnelle étant nécessaire.

A la requête de la CNA, l'employeur lui a fait savoir le 31 janvier 2017 que le salaire horaire de l'assuré pour l'année 2017 se serait élevé à 31 fr. 60 s'il n'avait pas été atteint dans sa santé, pour un horaire hebdomadaire de 40 à 49 heures mais au maximum de 2'200 heures par an. L'OAI en a été informé le 17 mars 2017, à réception du dossier de la CNA.

L'employeur de l'assuré a mis fin à son contrat avec effet au 30 avril 2017.

Le Dr J. _____, chef de clinique adjoint du département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier X. _____ (ci-après : le Centre hospitalier X. _____), a examiné l'assuré le 6 juillet 2017, à la demande du Dr G. _____. Dans son rapport du 13 juillet 2017, le Dr J. _____ a posé les diagnostics de syndrome fémoro-patellaire gauche dans le cadre d'un status après réinsertion d'une fracture avulsion du pied tibial du ligament croisé postérieur le 18 juin 2015, d'amyotrophie quadricipitale et de déconditionnement musculaire. Il a en outre fait l'appréciation suivante du cas :

« Monsieur I. _____ présente donc une symptomatologie de syndrome fémoro-patellaire dans le cadre d'une amyotrophie du vaste interne. Ici, ce n'est qu'une poursuite de renforcement musculaire, mais qui semble ne pas avoir été optimale et le patient va changer de physiothérapeute. Je pense qu'une physiothérapie ciblée, régulière, à la [...] ne serait pas négligeable non plus. De plus il doit utiliser l'antalgie de manière régulière.

Il n'y a pas de contre-indication à ce que ce patient parte à l'étranger durant ses vacances.

Sur le plan professionnel, nous voyons difficilement comment Monsieur I. _____ pourrait reprendre une activité telle que celle qu'il pratiquait antérieurement avec les limitations fonctionnelles actuelles, et il faudrait probablement plus se diriger vers une réorientation, dans une activité adaptée. Le problème est que Monsieur I. _____ n'a pas de formation certifiée en Suisse et je lui

conseille donc d'essayer de se renseigner sur les activités qu'il pourrait exercer. On pourrait imaginer une activité de conseiller où il y a peu de déplacements à effectuer et où la position est surtout assise.

Je n'ai pas d'autre suggestion à offrir, raison pour laquelle je ne prévois pas de le revoir. J'ai prolongé son arrêt de travail jusqu'à la fin du mois de juillet 2017. »

Faisant suite à un examen de l'assuré le 3 octobre 2017, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait savoir à l'OAI le 30 octobre 2017 qu'il estimait, à deux ans du traumatisme, que le cas était stabilisé. Une réadaptation professionnelle lui semblait nécessaire, l'invalidité étant principalement liée à l'arthrose fémoro-patellaire post-traumatique. Il a établi les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail à genoux ou en position accroupie, travail impliquant les stations debout de maximum 45 minutes à la fois, position assise par périodes de 2 à 3 heures à la fois maximum, montée d'escaliers limitée à deux étages à la fois, changement régulier de positions dans l'idéal. Il a estimé que l'incapacité de travail demeurerait totale dans l'activité habituelle.

L'assuré a été examiné le 13 décembre 2017 par la Dre F._____, médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport du 21 décembre 2017, elle a posé le diagnostic de douleurs persistantes du genou gauche avec syndrome fémoro-patellaire gauche dans le cadre d'un status après réinsertion d'une fracture avulsion du pied tibial du ligament croisé postérieur le 26 mai 2015 qui avait nécessité, le 18 juin 2015, une réduction ouverte et ostéosynthèse de cette fracture. Les diagnostics secondaires étaient ceux de déconditionnement musculaire et d'obésité de stade II. Elle a pour le surplus fait l'appréciation suivante du cas :

« Sur le plan médical, la situation est stabilisée. Il existe des facteurs extra-médicaux (l'assuré n'écrit pas le français, le parle assez bien, n'a pas de formation certifiante, présente une kinésiophobie, une accentuation des plaintes, une attitude démonstrative, une inquiétude vis-à-vis de l'avenir, ainsi qu'une tristesse par rapport à son licenciement). Toutefois, ces facteurs ne sont pas des facteurs à prendre en compte dans notre appréciation de la capacité de travail en lien avec l'événement du 26.05.2015.

L'activité de poseur de clôtures n'est plus exigible et nous pouvons retenir comme limitations fonctionnelles :

- Pas de marche répétée en terrain irrégulier.
- Pas de marche prolongée de plus de 30 min.

- Pas de travail à genoux ou en position accroupie.
- Pas de travail impliquant des stations debout ou de maximum 45 min à la fois.
- Pas de position assise sans pouvoir se lever 1 x par heure.
- Alternance des positions assises et debout.
- Pas de montée d'escaliers répétée, de montée sur une échelle ou un échafaudage.

Dans une activité respectant ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail exigible est entière et sans diminution de rendement.

Nous avons proposé à l'assuré de reprendre contact avec l'AI au début de l'année s'il ne reçoit pas de nouvelles de leur part.

L'assuré ne présente pas de séquelle indemnisable selon les tables pour indemnisation pour atteinte à l'intégrité, la chondropathie n'étant pas suffisamment avancée. »

L'OAI, par son service de réadaptation, a constaté le 23 janvier 2018 que le droit aux mesures d'ordre professionnel était ouvert en raison du préjudice économique (évalué le 11 août 2017 à 19,69 %).

Le 26 janvier 2018, l'OAI a informé l'assuré que les frais d'orientation professionnelle auprès de l'Orif, du 29 janvier au 6 mai 2018, étaient pris en charge.

Le 9 février 2018, S. _____ SA a fait savoir à la CNA que le salaire de base de l'assuré se serait élevé à 31 fr. 70 en 2018, pour un horaire de 40 à 49 heures de travail par semaine.

Le 18 avril 2018, la Dre [...], médecin traitante, a rédigé un arrêt de travail de 40 % du 17 avril au 31 mai 2018 inclus, en précisant « si possible travailler tous les jours avec des changements de position ».

Le 2 mai 2018, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a relevé que l'assuré s'était bien investi auprès de l'Orif mais avait été incapable de travailler à 40 % en raison de douleurs intenses au genou ressenties lorsqu'il était en stage de mécanique. L'horlogerie semblait une bonne voie d'exploration, vu la facilité de l'intéressé à exécuter des travaux fins. Un stage à la voirie de la commune de [...] avait été effectué et l'assuré croyait que ce poste était viable ; il n'avait pas senti

beaucoup de douleurs et les déplacements lui avaient fait du bien. En revanche, toutes les activités n'avaient pas été couvertes, et il se pouvait que des tâches plus lourdes soient demandées dans cette activité. Il était toutefois relevé que l'assuré restait passif quant aux mesures à entreprendre pour améliorer la situation. L'OAI a prolongé la mesure aux mêmes conditions jusqu'au 10 juin 2018.

Dans un rapport du 15 mai 2018, le Dr H. _____ a noté que le patient considérait que ses douleurs étaient stabilisées, avec quelques exacerbations lors des changements de temps et lors de la position debout ou assise prolongée. L'examen clinique montrait un genou calme, sec et stable dans les deux plans. Les cicatrices étaient sans particularité, le signe du Rabot positif, la palpation indolore, la flexion-extension atteignait 120-0-0° (130-0-0° à gauche). L'IRM effectuée le 24 avril 2018 à la demande du médecin traitant ne montrait pas de progression des lésions chondrales.

L'OAI a ensuite accordé à l'assuré une mesure de reclassement et a pris en charge à ce titre les coûts d'une formation pratique d'opérateur en horlogerie dispensée du 11 juin au 31 décembre 2018 à l'Orif (communication du 20 juin 2018), ainsi que des cours de français privés du 3 au 31 août 2018 (communication du 25 juillet 2018). Ces mesures ont été prolongées jusqu'au 26 avril 2019 pour les cours de français (communications des 6 septembre et 13 décembre 2018) et jusqu'au 31 juillet 2019 pour la formation pratique d'opérateur en horlogerie (communication du 13 décembre 2018).

Dans l'intervalle, le Dr A. _____, spécialiste en anesthésiologie au Centre hospitalier X. _____, a régulièrement établi des certificats médicaux attestant une incapacité de travail de 20 % du 9 janvier au 9 mars 2018, du 13 août 2018 au 8 janvier 2019 et du 1^{er} avril au 31 mai 2019.

Le 8 juillet 2019, les Drs V. _____ et Z. _____, spécialistes en anesthésiologie du centre d'antalgie du Centre hospitalier X. _____,

ont posé le diagnostic de gonalgies gauches post-opératoires ; ils ont estimé approprié que le patient reste au taux de 80 %, en raison de ses douleurs.

Le 9 juillet 2019, l'OAI a informé l'assuré de la prise en charge des coûts d'un soutien à la formation et à l'intégration professionnelle, du 1^{er} août au 31 octobre 2019. La mesure a été prolongée jusqu'au 20 décembre 2019, puis jusqu'au 31 janvier 2020, et enfin jusqu'au 21 février 2020. L'OAI a ensuite pris en charge les frais d'une mesure Insertec, du 24 février au 24 avril 2020, au taux de 80 %, mesure prolongée jusqu'au 19 juin 2020. A l'issue de la mesure, l'assuré s'est inscrit au chômage.

Le 8 mai 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit à une aide au placement.

Le 20 juillet 2020, S. _____ SA a fait savoir à la CNA que le salaire de base de l'assuré se serait élevé à 31 fr. 80 de l'heure en 2020, sans atteinte à la santé, pour 2'100 heures par an, treizième salaire en sus.

La CNA a soumis le dossier de l'assuré à la Dre F. _____. Le 21 juillet 2020, cette dernière a estimé, après avoir pris connaissance des rapports de consultation du service d'antalgie du Centre hospitalier X. _____ que, sur le plan somatique, la situation était superposable à celle qui prévalait lors de son examen du 13 décembre 2017, les limitations fonctionnelles restant les mêmes.

Dans son rapport final de réadaptation du 27 juillet 2020, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a relevé que la mesure d'orientation à l'Orif avait permis à l'assuré d'établir un projet professionnel dans le domaine de l'horlogerie. Une formation pratique lui avait été proposée en raison de ses connaissances écrites insuffisantes en français pour viser une attestation fédérale de formation professionnelle. Des cours de français avaient été octroyés en parallèle à sa formation. Malgré ces cours, une formation théorique n'avait pas été possible. Au

terme de la formation pratique, l'évaluation du centre avait été très positive, l'assuré démontrant de belles qualités et de bonnes compétences dans le domaine. Des recherches de stages avaient été effectuées, sans succès. Un cours technique chez Insertec avait été octroyé afin de donner encore plus d'atouts à l'assuré avant de rechercher une place de travail. L'assuré pouvait désormais chercher du travail dans l'horlogerie ou dans un domaine technique dans l'industrie légère. Il résultait en outre de la fiche de calcul du salaire exigible établie le même jour que l'assuré pourrait mettre sa capacité de travail en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement, opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autres) ou opérateur dans l'horlogerie. Le revenu avec invalidité était déterminé au moyen du revenu statistique issu de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2018, indexé jusqu'en 2020, soit le revenu réalisé par un homme dans le domaine de la production et des services dans des activités légères. Aucun abattement n'était opéré sur le revenu avec invalidité, dans la mesure où les limitations fonctionnelles n'étaient pas assez importantes pour limiter l'accès à un éventail d'activités. Le revenu sans invalidité était arrêté en se fondant sur la moyenne des revenus figurant dans le compte individuel entre 2010 et 2014, indexée jusqu'en 2020.

Par projet de décision du 21 août 2020, l'OAI a informé l'assuré, désormais représenté par Me Braunschmidt Scheidegger, qu'il entendait lui reconnaître le droit à une rente entière du 1^{er} février 2017 au 31 janvier 2018, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %. L'OAI a retenu en substance que l'assuré était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle mais disposait encore d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le mois d'octobre 2017. Il a estimé que, sans atteinte à la santé, il percevrait dans son activité habituelle un revenu annuel de 84'246 fr., tandis que dans une activité adaptée non qualifiée dans le domaine de la production et des services, il pourrait percevoir un salaire de 67'656 fr. 27 pour une activité à plein

temps en 2017. Après comparaison des revenus, la perte de gain s'élevait à 16'589 fr. 73, ce qui représentait un degré d'invalidité de 19,69 %. Ce degré d'invalidité étant inférieur au seuil de 40 % ouvrant droit à une rente, la rente cesserait d'être versée au 31 janvier 2018, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé. L'OAI a ajouté qu'il avait pris en charge des mesures, dont une formation pratique d'opérateur en horlogerie, et avait versé des indemnités journalières à l'assuré dans ce cadre. Il a déterminé son degré d'invalidité au terme de ces mesures, en comparant son revenu sans invalidité, toujours fixé à 86'624 fr., au revenu que pouvait percevoir un homme, en 2020, dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services, arrêté à 68'446 fr. 03. Le degré d'invalidité de 20,98 % n'ouvrait toujours pas droit à une rente. Par ailleurs, l'OAI avait déjà octroyé à l'assuré une aide au placement.

L'OAI a encore accordé à l'assuré une mesure d'orientation professionnelle et pris en charge les coûts d'un stage en qualité d'ouvrier de production du 14 septembre au 15 novembre 2020.

Par décision du 21 octobre 2020, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2017 au 31 janvier 2018, fondée sur un taux d'invalidité de 100 %, conformément à son projet de décision du 21 août 2020.

B. Par acte du 20 novembre 2020, I. _____, toujours représenté par Me Braunschmidt Scheidegger, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, en concluant à son annulation [recte : réforme] en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée, dans la mesure où son droit avait d'ores et déjà été reconnu pour la période du 1^{er} février 2017 au 31 janvier 2018. Il a contesté l'évaluation de son état de santé et des limitations fonctionnelles opérée par l'OAI, ainsi que le salaire sans invalidité retenu, qu'il a qualifié de trop faible.

Dans sa réponse du 7 janvier 2021, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Répliquant le 24 février 2021, le recourant a précisé ses conclusions en ce sens qu'une rente entière lui soit allouée dès le 1^{er} février 2017 puis une demi-rente dès le 1^{er} juillet 2019, avec intérêts moratoires. Il a déploré que l'OAI n'ait pas évalué son état de santé psychique, ni tenu compte des effets secondaires de sa médication anti-douleur (TRAMAL). Il a allégué que son état de santé psychique s'était dégradé, amenant à un arrêt de travail complet dès le 17 décembre 2020, attesté par le Dr Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Il a également exposé qu'aucun spécialiste en orthopédie ne s'était prononcé sur le temps de travail exigible. Il a ainsi regretté que les avis des spécialistes en réadaptation n'aient pas été pris en compte, alors qu'ils avaient constaté qu'en raison de ses douleurs, il n'avait pas pu suivre la mesure au taux de 100 %, sa capacité de travail n'ayant été que de 60 % entre avril et décembre 2018. Pour l'essentiel, le recourant a déploré que l'OAI se soit contenté de reprendre les éléments médicaux du dossier de la CNA, sans les soumettre à ses médecins-conseil ou ordonner une expertise. Dans un autre moyen, il a contesté le revenu sans invalidité, en se référant à une attestation de l'employeur du 26 novembre 2020 selon laquelle les augmentations de salaire usuelles se situaient entre 10 et 30 centimes par heure, chaque année. Selon une autre attestation du 15 décembre 2020, son salaire se serait situé entre 31 fr. 50 et 32 fr. 30 en 2019 (hors congés payés et 13^e salaire). Le recourant a ainsi estimé que son salaire se serait élevé à 38 fr. 55, soit un salaire annuel de 98'225 francs. Il a par ailleurs contesté l'absence d'abattement sur le revenu d'invalidé, qui devait selon lui s'élever à 15 %, et a estimé que sa baisse de rendement était de 20 %. Il a ainsi estimé que sa perte de gain s'élevait à 51'681 fr. 70, et qu'il avait droit à une demi-rente d'invalidité. A titre de mesures d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire comportant un volet psychiatrique et orthopédique, notamment du genou, avec détermination de son rendement et de son évolution dans le temps.

Par duplique du 6 avril 2021, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours. Il a produit avec son écriture la décision de la CNA du 26 mars 2021, qui avait arrêté sa rente d'invalidité de l'assurance-accidents à 14 %, sur la base d'un revenu sans invalidité de 76'264 fr. et d'un revenu avec invalidité de 65'802 fr., comprenant un abattement de 5 %.

Le recourant a maintenu sa position dans des déterminations du 27 avril 2021. Il a en particulier à nouveau plaidé que son revenu sans invalidité était de 98'225 francs. Quant à l'atteinte psychiatrique, elle était préexistante, dans la mesure où « plusieurs éléments du dossier AI antérieurs à la décision attaquée démontraient qu'une instruction sur le plan psychique était nécessaire ». Il a notamment relevé à cet égard qu'une note de premier entretien de placement du mois d'août 2020 mentionnait que l'assuré avait vu son état de santé psychique s'aggraver. Quant à la décision de la CNA produite par l'intimé, il a observé que la CNA avait opéré un abattement de 5 % sur le revenu d'invalidé, alors que l'OAI n'en avait retenu aucun, « en dépit des très nombreuses limitations fonctionnelles ainsi que des effets secondaires des médicaments entraînant aussi une perte de performance et de capacité de concentration ».

C. Le dossier de l'OAI a été produit. Y figurent notamment les pièces du dossier de la CNA, ainsi que les pièces suivantes :

- une communication du 13 novembre 2020 prolongeant la mesure en cours jusqu'au 15 décembre 2020 ;
- un certificat médical établi le 16 novembre 2020 par le Dr Q. _____ faisant état d'une incapacité de travail totale du 16 novembre au 16 décembre 2020.

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. a) Le litige a pour objet l'étendue du droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité.

b) 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 de la décision litigieuse rendue le 21 octobre 2020 (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).

3. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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).

b) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI). Le droit à la rente ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI (art. 29 al. 2 LAI).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

4. 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).

5. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'effectuer son activité habituelle de poseur de clôtures, compte tenu des atteintes qu'il présente ensuite de l'événement accidentel du 26 mai 2015 et de ses conséquences, sous forme de gonalgies gauches post-opératoires (cf. notamment rapport du 8 juillet 2019 du Dr V._____).

Est par contre litigieuse l'étendue de sa capacité de travail dans une activité adaptée.

Le dossier du recourant a fait l'objet d'une longue instruction. Pour le bon ordre, il y a lieu de constater qu'il n'est pas remis en cause qu'il a présenté une incapacité de travail totale des suites de l'accident du 26 mai 2015, et que la situation n'a pas été stabilisée avant le mois d'octobre 2017, lorsque le Dr H._____ a constaté la stabilisation à la suite de son examen de l'assuré du 3 octobre 2017, estimant que l'invalidité était principalement liée à l'arthrose fémoro-patellaire post-traumatique. Cette appréciation est confirmée par celle de la Dre F._____ du 13 décembre 2017, qui a en particulier constaté un genou sec et stable, une légère amyotrophie du membre inférieur gauche, une flexion diminuée de 20° par rapport à droite, une marche avec boiterie et qui était impossible sur les pointes et très difficile sur les talons. La Dre F._____ a relevé que son examen était parasité par des démonstrations douloureuses qui ne s'expliquaient pas par ses constatations cliniques. Il n'y avait en outre plus de traitement chirurgical ou médical qui pouvait améliorer la situation, qui était donc stabilisée. Par la suite, le Dr H._____ a confirmé son appréciation, en notant que l'examen clinique montrait un genou sec, calme et stable dans les deux plans, avec des cicatrices sans particularité, et une flexion-extension quasiment analogue à gauche (120-0-0) et à droite (130-0-0) ; cette stabilisation était étayée par l'examen d'IRM réalisé le 24 avril 2018, qui ne montrait pas de progression des lésions chondrales (cf. rapport du Dr H._____ du 15 mai 2018). Enfin, lorsque le dossier de l'assuré lui a été à nouveau soumis le 21 juillet 2020, la Dre F._____ a estimé, après avoir pris en particulier connaissance des rapports de consultation du service d'antalgie du Centre hospitalier X._____ (le Dr V._____ de ce service ayant estimé que la capacité de travail était de 80 % compte tenu des douleurs, cf. rapport du 8 juillet 2019), que la situation était superposable à celle qui prévalait lors de l'examen médical final du 13 décembre 2017. Les limitations fonctionnelles précédemment relevées restaient les mêmes, à savoir pas de marche répétée en terrain irrégulier, pas de marche prolongée de plus de 30 minutes, pas de travail à genoux ou en position accroupie, pas de travail impliquant des stations debout ou de maximum 45 min à la fois, pas de position assise sans pouvoir se lever une fois par heure, alternance

des positions assises et debout, pas de montée d'escaliers répétée, de montée sur une échelle ou un échafaudage, pas de port de charges supérieures à 15 kg ou de port régulier de charges de 10 à 15 kg.

Dans la mesure où aucun rapport médical ne vient contredire cette appréciation, il ne peut dès lors être reproché à l'intimé d'avoir retenu, sur la base des rapports précités, que le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées.

S'il est exact que le recourant a effectué une partie d'une de ces mesures au taux de 60 % puis à 80 %, les éléments médicaux au dossier, et en particulier les rapports du Dr H._____, d'une part, et de la Dre F._____, d'autre part, ne permettent pas de retenir un taux réduit. C'est en effet le lieu de rappeler que, selon la jurisprudence, les données médicales l'emportent en principe sur les observations faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle. En effet, ces observations sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée (TF 9C_762/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.3.1 ; 9C_323/2018 du 20 août 2018 consid. 4.2 ; 9C_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2). Il y a donc lieu de se référer aux appréciations, concordantes, des médecins.

Le recourant fait encore valoir que les effets secondaires imputables à sa médication (TRAMAL) n'ont pas été pris en compte. Or, cette seule affirmation ne permet pas de remettre en cause les observations qui précèdent. Aucun rapport médical ne fait au demeurant état de prise de TRAMAL, sinon ceux établis en juillet 2015, peu après l'opération du 18 juin 2015.

Pour le surplus, le recourant se prévaut du certificat médical du Dr Q._____ et fait grief à l'intimé de ne pas avoir investigué la situation sur le plan psychique. Or, ce suivi psychiatrique a été mis en place le 16 novembre 2020, soit postérieurement à la décision attaquée. Dans la mesure où c'est bien l'état de fait au moment de la décision qui

est déterminant (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1), il ne peut dès lors être reproché à l'OAI de ne pas avoir examiné le plan psychiatrique. Le document établi par le Dr Q. _____ n'est au demeurant nullement étayé. Il n'est par ailleurs fait mention d'aucun suivi psychiatrique dans le dossier, ni d'une médication autre qu'antalgique. Certes, le 20 avril 2020, le directeur du Service Intégration de l'Orif a fait état chez le recourant d'une « baisse graduelle de son moral », en la mettant en lien avec l'avancée de la mesure et le fait qu'il n'avait pas trouvé de stage. Le directeur du Service Intégration notait toutefois que l'épouse du recourant avait eu un accident au début du mois de janvier 2020, qui avait contraint l'intéressé à effectuer une grande partie des tâches ménagères, ce qui avait diminué sa mobilisation quant à son projet professionnel. Il est également vrai qu'il ressort de la note de premier entretien de placement du 26 août 2020 que l'assuré a indiqué que sa santé psychique se dégradait « à force d'essuyer constamment des refus dans le domaine de l'horlogerie ». Là encore, cette seule mention, non étayée médicalement, et au demeurant très contextuelle, ne permet pas de retenir que l'assuré aurait, à ce moment, présenté une atteinte invalidante sur le plan psychiatrique. Il a du reste été en mesure de débiter un stage d'ouvrier de production le 14 septembre 2020, et n'a été en incapacité de travail documentée qu'à compter du 16 novembre 2020.

Il résulte de ce qui précède qu'il ne peut être fait grief à l'intimé d'avoir retenu chez le recourant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter du mois d'octobre 2017.

6. Le recourant conteste également le calcul de son taux d'invalidité, et plus spécifiquement le revenu de valide, l'abattement sur le revenu d'invalidé et le fait qu'une baisse de rendement de 20 % aurait selon lui dû être retenue sur ce dernier.

a) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle

du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

On ne tiendra compte d'une hypothétique évolution salariale en raison d'un développement des capacités professionnelles individuelles (complément de formation, par exemple) ou de circonstances telles qu'une éventuelle promotion ou d'un changement d'emploi que si des indices concrets rendent une telle évolution de la carrière professionnelle vraisemblable de manière prépondérante. De simples déclarations d'intention de la personne assurée ne suffisent pas (TF 8C_290/2013 du 11 mars 2014 consid. 6 ; TF 9C_486/2011 du 12 octobre 2011 consid. 4.1 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 18 ad art. 16 LPG).

b) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

aa) Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans

par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

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

cc) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

7. a) En l'occurrence, l'OAI a retenu dans la décision entreprise un revenu sans invalidité de 84'246 fr., en procédant à la moyenne des revenus figurant dans le compte individuel de l'assuré pour les années 2010 à 2014.

Le recourant soutient quant à lui qu'il aurait perçu un salaire horaire de 38 fr. 55, représentant un salaire annuel de 98'225 francs. Il se

fonde sur deux attestations établies par son ancien employeur les 26 novembre et 15 décembre 2020.

Ce montant ne saurait toutefois être retenu. Le recourant n'a avant tout jamais réalisé un salaire aussi élevé. De surcroît, si l'horaire de travail varie entre 40 et 49 heures par semaine chez S. _____ SA, il est établi que les entreprises actives dans le paysagisme travaillent davantage à la belle saison. L'OAI a ainsi calculé un horaire hebdomadaire moyen de 42 heures, ce qui n'est pas critiquable. La Convention collective de travail (CCT) des paysagistes et entrepreneurs de jardins du Canton de Vaud prévoit d'ailleurs un nombre annuel d'heures de 2'200, soit une moyenne de 42,2 heures par semaine (art. 3.2 de la CCT). Dans la mesure où S. _____ SA a indiqué selon les pièces produites en procédure un salaire horaire de 32 fr. 10, même en retenant un horaire de 45 heures de travail par semaine, il en résulterait alors un revenu annuel de 81'686 fr. 50 (32 fr. 10 x 45 heures x 4,35 [nombre de semaines/mois] x 13), soit un montant inférieur à celui de 84'246 fr. retenu dans la décision attaquée et donc moins favorable à l'assuré. Le revenu sans invalidité, tel qu'arrêté par l'OAI, peut ainsi être confirmé.

b) Pour le surplus, le recourant ne conteste pas en tant que tel le revenu d'invalidé fixé par l'OAI (à 67'656 fr. 27 en 2017, et 68'446 fr. 03 en 2020), mais soutient, d'une part, qu'il aurait fallu tenir compte d'une baisse de rendement de 20 % et, d'autre part, procéder à un abattement de 15 % « à tout le moins » compte tenu de ses limitations fonctionnelles.

Or, comme indiqué ci-dessus (consid. 5), la baisse de rendement de 20 % n'entre pas en considération dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Au terme d'une argumentation détaillée, la Dre F. _____ a en effet retenu que l'assuré était pleinement capable de travailler dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. Elle a en outre relevé que les multiples manifestations douloureuses de l'assuré n'étaient pas expliquées par ses constatations médicales objectives. Le recourant n'apporte aucun élément médical soutenant sa position, qu'il convient donc de rejeter.

Quant à l'abattement, il est constant que le point de savoir s'il se justifie de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison des limitations fonctionnelles dépend de la nature de celles-ci ; une réduction à ce titre n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (TF 8C_549/2019 du 26 novembre 2019 consid. 7.7 ; 8C_661/2018 du 28 octobre 2019 consid. 3.3.4.3). A cet égard, l'intimé ne peut pas être suivi lorsqu'il affirme, en se référant à la fiche de calcul du salaire exigible de son service de réadaptation du 27 juillet 2020, qu'aucun abattement ne s'impose, les limitations fonctionnelles n'étant pas « assez importantes pour limiter l'accès à un éventail d'activités ». Non seulement la CNA a effectivement retenu, même si l'OAI n'est pas lié par son calcul, un abattement de 5 % sur le revenu d'invalidé pour tenir compte des mêmes limitations fonctionnelles, mais, de surcroît, celles-ci sont suffisamment significatives pour justifier un abattement. La situation du recourant n'est en particulier pas comparable à celle ayant donné lieu à l'arrêt du Tribunal fédéral du 19 octobre 2020 (TF 8C_732/2019 consid. 4.5) qui concernait certes un assuré qui avait des limitations fonctionnelles assez proches (activité alternant les positions assise et debout, comportant l'utilisation de la bureautique, le port de charge étant limité à 10 kg ponctuellement et la position agenouillée n'étant pas possible), mais qui conservait toutefois une capacité de gain sur un marché du travail équilibré dans des tâches pratiques complexes nécessitant un vaste ensemble de connaissances dans le domaine de l'informatique (niveau de compétences 3). Tel n'est pas le cas du recourant : celui-ci peut en effet mettre sa capacité de travail en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement, opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autres) ou opérateur dans l'horlogerie, soit des activités non qualifiées de niveau de compétences 1. En l'occurrence, retenir un abattement de 5 %, comme l'a fait la CNA, pour tenir compte des limitations fonctionnelles est justifié et paraît opportun. En tenant compte d'un tel abattement sur le revenu issu

des données statistiques de l'ESS pour une activité simple et légère du domaine de la production et des services, le revenu d'invalidité se monte dès lors à 64'273 fr. en 2017. Comparé au revenu sans invalidité de 84'246 fr., le degré d'invalidité du recourant est ainsi du 23,71 %, soit un taux insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

On relèvera pour autant que de besoin que même un abattement de 15 % n'aurait pas permis l'ouverture du droit à la rente (84'246 - 57'507 = 26'738, soit 31,74 %, en 2017).

8. Les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre une expertise. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents 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 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

9. Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 21 octobre 2020 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 mis à la charge de I._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Sarah Braunschmidt Scheidegger (pour I._____),
- 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 :