

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 novembre 2019

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Durussel, juge, et M. Reinberg, assesseur
Greffière : Mme Berseth

Cause pendante entre :

V. _____, à [...], recourant, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; art. 4 al. 1, 17 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. V. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant Z. _____ né en [...], au bénéfice d'un permis C, a travaillé comme maçon pour le compte de l'entreprise L. _____ dès le 1^{er} février 2016. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Le 4 février 2016, l'assuré a été victime d'un accident sur son lieu de travail. Alors qu'il participait à des travaux de démolition, un radiateur d'environ 200 kg est tombé sur son genou droit. Une radiographie du genou droit face et profil effectuée le jour de l'accident a mis en évidence un important épanchement articulaire, mais pas de fracture récente évidente. L'axiale de rotule était dans la norme, hormis la présence d'une légère ostéophytose fémoro-patellaire. Un examen par IRM du même jour a conclu à une fracture-enfoncement sous-corticale d'environ 5 mm de la partie antéro-interne du condyle fémoral interne avec une importante lipo-hémarthrose, les ménisques (MI et ME) et les ligaments croisés (LCA et LCP) et latéraux étant décrits comme exempts d'anomalies. L'assuré a présenté une totale incapacité de travail dès le 4 février 2016.

Compte tenu de la persistance des douleurs, le Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait procéder à un examen par arthro-CT du genou droit le 18 mars 2016, dont il est ressorti un défaut cartilagineux sur une pastille centimétrique sur le bord médial de la trochlée fémorale juste à la hauteur de la fracture du condyle médial (grade IV) avec géode sous chondrale associée. Ledit examen avait encore permis de constater que les ligaments croisés avaient un aspect continu, que l'assuré présentait une enthésopathie calcifiée à l'insertion fémorale proximale du ligament interne et qu'il n'y avait pas d'autre lésion cartilagineuse visible au niveau des compartiments fémoro-tibiaux interne et externe ni de déchirure

méniscale décelable. Le Dr T._____ a adressé son patient au Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a posé le 20 avril 2016 les diagnostics de fracture-impaction antéro-médiale du fémur droit et de syndrome fonctionnel massif. Le Dr D._____ a constaté que le patient ne se mobilisait absolument pas, son genou restant figé, qu'il ne parvenait pas à poser le pied sans se décharger avec les cannes et que le moindre contact avec le genou provoquait des douleurs. Dr D._____ a également relevé que la lésion cartilagineuse se trouvait sur le versant antéro-médial qui était à peine ou pas en contact avec la rotule. Il estimait qu'aucun traitement chirurgical n'entrait en ligne de compte et a préconisé un séjour à la R._____ (ci-après : R._____).

La CNA a pris en charge le cas et mis en place un séjour à la R._____ du 24 mai au 14 juin 2016. Une radiographie des genoux effectuée le 31 mai 2016 a mis en évidence une arthrose fémoro-patellaire bilatérale, plus importante à gauche, ainsi qu'une calcification linéaire en surprojection du versant fémoral du ligament collatéral interne à droite. Durant son séjour, l'assuré a également bénéficié d'un traitement de physiothérapie ainsi que d'une consultation orthopédique le 13 juin 2016 auprès du Dr P._____. Ce médecin a observé que l'intéressé se trouvait au décours d'un choc direct violent avec une lésion osseuse et cartilagineuse, que ces lésions étaient de mauvais pronostic, qu'elles guérissaient lentement et qu'elles généraient longtemps des douleurs, parfois jusqu'à plus de douze mois. Le Dr P._____ a précisé qu'il ne préconisait pas d'intervention chirurgicale, mais tout au plus éventuellement une infiltration de corticoïdes. Dans un rapport de synthèse du 14 juin 2016, les Drs K._____ et N._____, respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin-assistant à la R._____, ont retenu le diagnostic de traumatisme au niveau du genou droit avec fracture/impaction du condyle interne le 4 février 2016 et d'arthrose fémoro-patellaire bilatérale. Ils ont notamment émis les observations suivantes :

« Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent que partiellement par les lésions objectives constatées pendant le séjour.

Des facteurs contextuels influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient telle que kinésiophobie et une catastrophisation chez un patient avec des traits de personnalité anxieuse, un comportement douloureux et auto-limitant, avec de plus l'absence de maîtrise de la langue française et de formation.

Pendant le séjour, le patient a suivi les prises en charge ci-dessous (cf. rapports annexés) :

- Physiothérapie
- Psychosomatique

Sur le plan du traitement antalgique le patient a été traité par Dafalgan 1g en réserve, pris de façon très sporadique.

Il n'y a pas d'évolution significative subjective ou objective (cf. rapports et tests fonctionnels).

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne. Le patient était présent et ponctuel en thérapie, mais il était à tel point centré sur sa douleur et son handicap qu'un plan thérapeutique efficace a été difficile à mettre en place.

Des incohérences ont été relevées, surtout entre son comportement en thérapie, lors des tests fonctionnels, et son comportement hors des thérapies.

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues : longs déplacements, ports de charges lourdes, positions contraignantes pour le genou (accroupies et à genoux), positions debout prolongées, monter et descendre escaliers et échelles.

La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles : la poursuite d'un traitement de physiothérapie ambulatoire en individuelle et en piscine, associé à un programme d'exercices à domicile, pourrait permettre d'améliorer les limitations fonctionnelles et la qualité de vie du patient.

Une stabilisation médicale est attendue dans un délai d'environ 8 mois (un an après l'accident), compte tenu de la lésion osseuse et cartilagineuse qui peuvent avoir une guérison lente.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable au vu des facteurs médicaux et des facteurs non médicaux discutés ci-dessus.

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

(...)

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE
MACON

- 100% du 24.05.2016 au 14.07.2016 puis à réévaluer ».

Dans un rapport du 5 août 2016 à la CNA, le Dr T. _____ a fait état d'une évolution lentement favorable et a prévu une reprise du travail à 50% dès le 29 août 2016, précisant qu'il était prématuré d'envisager un

changement d'activité. Le 30 août 2016, il prolongé l'arrêt de travail à 100%.

L'assuré a été examiné le 26 octobre 2016 par le Dr G._____, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, lequel a confirmé les limitations fonctionnelles retenues par les médecins de la R._____ et estimé que dans une activité adaptée, l'assuré avait recouvré une capacité de travail de 100%.

Le case-manager de la CNA a rencontré l'assuré à son domicile le 18 novembre 2016. Il ressort du procès-verbal dressé à cette occasion que l'assuré ressentait toujours beaucoup de douleurs, que sa mobilité était très limitée, qu'il pouvait marcher à plat mais que les montées et descentes étaient difficiles et que son genou gonflait assez rapidement. L'assuré a également indiqué qu'il avait toujours travaillé comme maçon au Z._____, qu'il était conscient de ne plus pouvoir travailler sur des chantiers, qu'il n'avait pas vraiment réfléchi à son avenir mais qu'en tous les cas, il pensait rentrer au Z._____ dans quatre ou cinq ans en prenant son capital de prévoyance professionnelle, auquel s'ajouterait, espérait-il, une petite rente en raison de son accident.

Par décision du 10 mars 2017, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 15% dès le 1^{er} avril 2017, estimant que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité légère ne nécessitant pas de marches prolongées sur terrain irrégulier, pas de montées et descentes répétées d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages et pas de travaux en position accroupie ou debout (par exemple soudeur ou ouvrier dans une usine), l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail. La CNA a fixé le revenu que l'assuré serait en mesure de réaliser dans une activité adaptée à 60'181 fr. et le revenu qu'il aurait perçu sans accident à 70'468 francs. Elle a en outre mis fin à la prise en charge des frais médicaux et au versement des indemnités journalières au 31 mars 2017.

L'assuré s'est opposé à la décision précitée. Durant la procédure d'opposition, la CNA est entrée en possession des pièces médicales suivantes :

- un certificat médical du 2 août 2016 du Dr T._____ attestant une incapacité de travail de 100% du 14 juillet au 28 août 2016, suivie d'une reprise du travail à 50% dès le 29 août 2016,
- un certificat médical du Dr H._____ du 31 mars 2017 selon lequel l'assuré se trouvait en totale incapacité de travail du 1^{er} au 30 avril 2017, mais disposait d'une aptitude à 100% pour un travail léger,
- un certificat médical du 28 avril 2017 Dr H._____ attestant une incapacité de travail de 100% du 1^{er} au 31 mai 2017.
- un certificat du 30 juin 2017 du Dr H._____ attestant une incapacité de travail de 100% dans l'activité de maçon et de 0% dans des activités légères,
- un rapport du 3 juillet 2017 du Dr O._____, spécialiste en chirurgie et chirurgie orthopédique,
- un rapport du 19 juillet 2017 de la Dre C._____, spécialiste en chirurgie plastique reconstructive et esthétique.

Se fondant notamment sur des avis complémentaires du Dr G._____ des 11 octobre et 1^{er} décembre 2017 maintenant ses conclusions du 26 octobre 2016, la CNA a confirmé sa position par une décision sur opposition du 12 décembre 2017.

Cette décision sur opposition a été contestée dans le cadre d'une procédure de recours pendante devant la Cour de céans (cause AA 19/18).

B. Entretemps, le 28 octobre 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de son atteinte au genou droit.

Procédant à l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a fait verser à son dossier celui de la CNA et a interpellé le dernier employeur de l'assuré ainsi que son chirurgien traitant, le Dr T._____.

Dans un rapport du 12 décembre 2016 à l'OAI, L._____ a indiqué que l'assuré avait travaillé pour son compte du 5 novembre au 17 décembre 2015, puis du 1^{er} février au 4 février 2016, à raison de 38 heures 75 par semaine, au tarif horaire de 38 fr. 73 (vacances, indemnités pour jours fériés et 13^{ème} salaire compris).

Dans un rapport du 15 décembre 2016 à l'OAI, le Dr T._____ a indiqué qu'il avait suivi l'assuré jusqu'au 5 septembre 2016, qu'une tentative de reprise du travail à 50% en octobre (sic) 2016 s'était soldée par un échec, que l'intéressé présentait des gonalgies droites persistantes non compatibles avec son activité de maçon mais qu'une reprise du travail dans une activité sédentaire adaptée était possible dès le 5 septembre 2016, à un taux à définir entre 50 et 100% en fonction de la symptomatologie douloureuse .

Le 16 février 2017, l'OAI a requis de la CNA la production des pièces nouvellement versées à son dossier.

Par communication du 21 février 2017, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il lui accordait une aide au placement, prestation à laquelle l'intéressé a toutefois renoncé le 4 avril 2017.

Par projet de décision du 27 mars 2017, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il avait l'intention de rejeter sa demande de mesures professionnelles et de rente, au motif qu'une pleine capacité de travail pouvait lui être reconnue dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Fixant le revenu sans invalidité à 38'674 fr. et le revenu d'invalidité à 60'528 fr. 38, l'OAI a retenu que l'assuré ne subirait pas de préjudice économique du fait du changement d'activité professionnelle requis par son état de santé.

Le 12 mai 2017, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud, l'assuré a fait part de ses objections à l'encontre du projet de décision précité, remettant en cause tant l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail que le revenu sans invalidité retenus par l'OAI. Dans une écriture complémentaire du 20 juillet 2017, il a produit un rapport du Dr O. _____ du 3 juillet 2017 à la CNA, dont il ressort les éléments suivants :

« (...)

A ce moment-là [red. : au jour de l'accident] des radiographies standard ont été faites, qui n'ont pas montré de lésion paraissant significatives, selon le radiologue.

Il n'a pas relevé la très importante tuméfaction des parties molles clairement visible sur les clichés axiaux de rotules, il n'a pas poursuivi le raisonnement découlant de l'observation d'un important épanchement articulaire sur le cliché de profil (images 1 et 2).

Une immobilisation avec une attelle a été introduite.

Ensuite, les examens ont compris un complément avec un examen IRM, fait le même jour. Cet examen a été considéré comme illustrant une pathologie au niveau du condyle fémoral interne avec un enfoncement de 5mm, un important épanchement. Il n'a pas été repris dans la conclusion ni d'ailleurs les lésions sous-cutanées et la collection hémorragique sous-cutanée (images 3 et 4).

Le cadre de l'analyse s'est fait ensuite sur le concept d'une pathologie chirurgicale éventuelle. Dans le cadre de cette pathologie, qui a été investiguée par arthro scanner, la discussion d'une réparation du cartilage a été évoquée puis récusée.

Le Docteur D. _____ qui l'a reçu en consultation a considéré qu'il n'y avait pas d'indication opératoire en particulier compte tenu de l'état douloureux et de l'incapacité de mouvements constatés à ce moment. Il a relevé un syndrome fonctionnel massif.

Il a été complètement scotomisé (ignorer, une réalité de sa conscience) la pathologie extra-articulaire largement illustrée par les images d'IRM.

Le patient a été pris en charge à la clinique de rééducation de Sion, sur la proposition du Dr D. _____.

Lors de ce séjour, il lui a été reproché de ne pas participer activement à un concept de rééducation.

Il a été vu par le Docteur P. _____ qui dans son appréciation relève « ... ses lésions sont de mauvais pronostics... », ses observations sont éminemment pertinentes et n'ont manifestement pas été suffisamment prises en compte.

Dans le diagnostic de la lettre de sortie de la R. _____, il n'est pas relevé la pathologie des parties molles, il n'est relevé que le concept de la pathologie osseuse.

Le patient est ensuite retourné chez le premier chirurgien qui s'en était occupé. Le Docteur T. _____ a décidé de tenter une reprise du travail au mois de septembre qui s'est soldée par un échec. On

observe également que la LS [lettre de sortie] de la R. _____ n'apprécie pas correctement le risque à moyen et long terme et ne procède pas à une annonce précoce à l'Al.

Actuellement le patient présente toujours une limitation fonctionnelle de son membre inférieur droit. La démarche se fait toujours avec un genou légèrement fléchi une rotation externe du membre inférieur tel qu'elle est décrite à la R. _____.

Il n'y a fondamentalement plus de traitement en cours. Le traitement de physiothérapie a été interrompu faute de financement.

La situation sociale de ce patient est actuellement pour le moins très difficile.

La persistance d'un état douloureux associé aux difficultés administratives influe, de manière évidente, négativement dans ce dossier.

L'examen clinique est caractérisé par un état douloureux à la palpation superficielle et au passage de la sonde d'échographie sur le condyle fémoral interne.

La flexion du genou est toujours limitée à 110°. Il n'y a pas de différence thermique significative.

(...)

L'analyse médicale n'a pas intégré le concept des lésions massives des parties molles antéromédiales, entre autres d'une lésion de la branche infra patellaire du nerf saphène interne.

Il apparaît, si l'analyse est superficielle, une certaine différence entre l'état clinique et la fonction du membre inférieur. Cette différence est très souvent retrouvée dans les pathologies ayant intéressé les nerfs sensitifs. Dans le cas de Mr V. _____, il y avait aussi une lésion profonde intra-articulaire qui nécessite une reprise d'investigation.

J'ai prévu une consultation spécialisée avec le Dr C. _____ pour la gestion douloureuse de cette lésion neurogène. La consultation a confirmé la participation d'une lésion neurologique. Des propositions thérapeutiques seront formulées après cette consultation.

En l'état la prise en charge médicale doit être reprise et un arrêt de travail à 100% dans son ancienne activité est encore présent ».

Répondant aux questions posées par Me Monnard Séchaud, le DrO. _____ a encore précisé que l'assuré présentait un état douloureux nécessitant une prise en charge, qu'il ne pouvait marcher normalement ni longuement et que la question médicale de ce dossier avait été entachée de manquements et d'orientations mal choisies. Il a précisé que l'assuré avait un passé de maçon, activité qui ne demandait pas une dextérité manuelle.

Le 10 août 2017, le Dr X._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a demandé au Dr O._____ à quelles dates il avait revu l'assuré après la consultation du 1^{er} mai 2017 et pour quelles raisons orthopédiques la capacité de travail de l'assuré dans une activité légère respectant ses limitations fonctionnelles ne serait pas entière, sans baisse de rendement. Dans un rapport du 24 août 2017, le Dr O._____ a répondu qu'il n'avait pas revu le patient depuis la consultation du 1^{er} mai 2017. Il a attesté une totale incapacité de travail dans le domaine de compétence de l'assuré et précisé qu'une capacité de travail dans une activité adaptée existerait probablement une fois le patient pris en charge médicalement.

Dans un avis du SMR du 5 septembre 2017, le Dr X._____ a retenu que l'assuré souffrait des séquelles d'un traumatisme du genou droit par fracture/enfoncement du condyle fémoral interne du genou droit avec lipo-hémarthrose et d'arthrose fémoropatélaire bilatérale visible sur l'imagerie radiographique et l'IRM. Le Dr X._____ s'est rallié aux conclusions du Dr G._____ et a estimé que les limitations fonctionnelles arrêtées par le médecin d'arrondissement de la CNA intégraient l'ensemble des séquelles de l'accident et des autres problèmes de santé touchant le membre inférieur droit, tant au niveau ostéo-articulaire et cartilagineux qu'au niveau des tissus mous. Le Dr X._____ a ainsi retenu que l'assuré avait recouvré dès le 27 octobre 2016 une pleine capacité de travail dans toute activité qui n'exigeait ni des marches prolongées en terrain irrégulier, ni l'usage répété d'échelles ou d'escaliers ni le travail en position accroupie ou à genou, l'exercice de son activité habituelle de maçon n'étant par contre plus exigible.

Par nouveau projet de décision du 26 avril 2018, l'OAI a maintenu l'exigence d'une exigibilité à 100% dans une activité adaptée mais a modifié le revenu sans invalidité, qu'il a fixé à 70'648 francs. Compte tenu de ces éléments, le préjudice économique, de 15%, était toujours insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité ou des mesures professionnelles.

Le 6 juin 2018, l'assuré s'est opposé à ce nouveau projet. Il a fait grief à l'OAI d'avoir insuffisamment instruit son dossier, reprochant notamment au Dr X._____ de ne pas avoir intégré les lésions massives des parties molles antéro-médiales, singulièrement la lésion de la branche infra patellaire du nerf saphène interne. L'assuré a en outre déploré que l'OAI n'ait pas mis en place un stage d'évaluation. Au plan économique, il a fait valoir compte tenu de sa situation personnelle, et notamment de son âge, il n'existerait quoi qu'il en soit pratiquement pas d'activité qui lui serait accessible sur le marché du travail, de sorte que les possibilités de travail retenues par l'OAI étaient irréalistes et ne pouvaient être qualifiées d'exigibles. A l'appui de sa contestation, l'assuré a produit le rapport adressé le 19 juillet 2017 à la CNA par la Dre C._____. Ce médecin retenait les diagnostics de névrome des branches sensitives du nerf saphène droit post-traumatique et de status post fracture impaction-contusion superficielle du condyle médical et perte de cartilage à ce niveau de 9mm (arthro IRM du 18 mars 2016). Au chapitre de l'anamnèse, la Dre C._____ relevait que depuis l'accident, la flexion du genou droit était limitée, que l'assuré arrivait à marcher sur terrain plat mais avec beaucoup de peine sur terrain irrégulier, qu'il avait peu de douleur au repos mais qu'il ne trouvait pas la position pour dormir compte tenu de l'hypersensibilité de la peau sur la face interne du genou. Elle demandait à la CNA la prise en charge du traitement dudit névrome prévu le 7 novembre 2017, indiquant que l'intervention chirurgicale envisagée au niveau des branches sensitives pourrait uniquement améliorer la douleur superficielle neuropathique mais ne changerait pas la douleur articulaire qui limite la flexion du genou. La Dre C._____ a encore précisé que les deux marches effectuées sur terrain irrégulier par le patient après l'injection de test avait permis de constater une nette amélioration de la douleur à la marche (70% réduction de la douleur) et une complète disparition de l'hypersensibilité de la peau.

Par décision datée du 7 juin 2018, accompagnée d'une lettre explicative du 14 septembre 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif que le préjudice économique découlant de son atteinte à la santé s'élevait à 15% et ne suffisait pas à ouvrir le

droit à une rente d'invalidité ou à des mesures de réadaptation. Il a notamment maintenu son appréciation selon laquelle l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans des activités ne nécessitant pas de marches prolongées en terrain irrégulier, pas de montées et descentes répétées d'escaliers, d'échelles et d'échafaudages, pas de travaux accroupis (telles que par exemple agent de contrôle de qualité, ouvrier de conditionnement de matériel léger ou encore ouvrier de production dans l'industrie de précision). Dans le courrier du 14 septembre 2018, l'OAI précisait qu'un stage d'observation n'avait pas de sens dans la mesure où l'aptitude à la réadaptation ne faisait pas de doute. Les limitations fonctionnelles concernaient exclusivement le genou et permettaient logiquement un travail sédentaire dont on ne voyait pas en quoi il serait contre-indiqué. L'OAI indiquait également que l'assuré ayant 57 ans, il ne pouvait pas être considéré comme étant proche de la retraite. De même, sa relative maîtrise du français n'était pas un obstacle à l'exercice d'activités simples et répétitives comme celles retenues en exemple.

C. Par acte du 19 octobre 2018, V. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision du 14 septembre 2018, dont il a conclu principalement à l'annulation suivie d'un renvoi à l'intimé pour complément d'instruction, et subsidiairement à la réforme dans le sens de l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2017, avec intérêts à 5% l'an dès la même date. A l'appui de sa contestation, le recourant fait valoir qu'il présente une totale incapacité de travail dans toute activité. Il estime que les activités citées à titre d'exemple par l'intimé ne sont pas exigibles compte tenu de ses limitations fonctionnelles, ajoutant que les douleurs l'empêchent de se concentrer sur son travail. Il fait grief à l'intimé d'avoir procédé à une instruction insuffisante tant au plan de la nature des atteintes que de l'évaluation de la capacité de travail et de gain. Il reproche en particulier au Dr X. _____ de s'être limité à suivre les conclusions du médecin d'arrondissement de la CNA, dont il estime le dossier lacunaire, et de ne pas avoir expliqué concrètement les raisons pour lesquelles il s'écarterait des diagnostics et conclusions des Drs O. _____ et C. _____. Il fait également grief à

l'intimé de ne pas avoir mis en œuvre un stage d'observation en vue d'évaluer concrètement sa capacité de travail et de gain. Le recourant fait encore valoir que compte tenu de toutes les restrictions liées à sa situation personnelle, notamment son âge proche de la retraite dans le domaine du bâtiment, il apparaît irréaliste qu'il trouve un emploi adapté, de sorte qu'on ne saurait exiger de lui qu'il exploite sa capacité résiduelle de travail, si tant est qu'une telle capacité existe.

Dans une réponse du 20 décembre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise.

D. Le 19 février 2019, la Juge instructrice a fait verser au dossier de la cause le dossier de la CNA, dont la procédure est pendante devant la Cour de céans (cause AA 19/18).

Les parties ont été invitées par le tribunal à consulter le dossier et déposer cas échéant leurs déterminations dans un délai au 21 mars 2019.

Par courrier du 11 mars 2019, l'intimé a maintenu ses conclusions.

Par courrier du 21 mars 2019, le recourant a fait savoir au tribunal qu'il renonçait à déposer de nouvelles déterminations.

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. En l'espèce, est litigieux le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à des mesures de réadaptation et à une rente d'invalidité.

3. 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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). 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) Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

4. Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et références citées).

De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans

indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, 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_410/2014 précité consid. 3.3).

5. Dans le cas d'espèce, au plan médical, les parties s'entendent sur le fait que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle de maçon est nulle. Par contre, leurs avis divergent s'agissant de l'exigibilité dans une activité adaptée. L'intimé retient qu'au moment où son droit à la rente aurait pu prendre effet, soit au 1^{er} avril 2017 (6 mois après le dépôt de la demande, selon les art. 28 et 29 LAI), le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. De son côté, le recourant, se fondant sur les avis des Drs O._____ et C._____, soutient qu'il présentait même au-delà de cette date une incapacité de travail de 100% dans toute activité.

a) Le recourant a fait l'objet d'une première appréciation médicale à la R._____ en juin 2016. A l'issue du séjour, les Drs K._____ et N._____ ont relevé que les lésions objectives constatées n'expliquaient que partiellement les plaintes et les limitations fonctionnelles de l'assuré, estimant que des facteurs contextuels négatifs

tels qu'une kinésiophobie, une catastrophisation chez un patient avec des traits de personnalité anxieuse, un comportement douloureux et auto-limitant, ainsi que l'absence de maîtrise du français et de formation, influençaient de manière négative les aptitudes fonctionnelles de l'intéressé. Ces médecins ont également constaté des incohérences entre le comportement de l'assuré en thérapie, lors des tests fonctionnels, et son comportement hors des thérapies. S'ils ont émis un pronostic négatif s'agissant de la réinsertion dans l'activité de maçon, ils se sont prononcés favorablement quant à la reprise d'une activité adaptée, à savoir toute activité ne nécessitant pas de longs déplacements, pas de ports de charges lourdes, pas de positions contraignantes pour le genou (accroupies et à genoux), pas de positions debout prolongées ni de montées et descentes d'escaliers et d'échelles. Ils ont attesté une incapacité de travail de 100% dans l'activité de maçon du début de l'hospitalisation, le 24 mai 2016, au 14 juillet 2016 (soit un mois après la sortie), tout en ajoutant que la situation devrait ensuite être réévaluée (rapport du 14 juin 2016). Dans un rapport du même jour, le Dr P. _____ a indiqué que l'assuré se trouvait au décours d'un choc direct violent et présentait des lésions de mauvais pronostic, provoquant parfois des douleurs jusqu'à plus de 12 mois.

Procédant à une réévaluation de la situation le 26 octobre 2016, le Dr G. _____ a pris note du fait que l'assuré estimait que son séjour à la R. _____ lui avait permis de faire des progrès, que son périmètre de marche à plat n'était dorénavant plus limité, mais qu'il présentait toujours des difficultés à la montée et descente des escaliers. L'assuré avait également signalé la formation d'un œdème au genou lorsqu'il marchait davantage. A l'issue de son examen clinique, le Dr G. _____ a constaté que la marche s'effectuait avec une boiterie d'épargne du membre inférieur droit et une rotation externe majorée du pas à droite. L'accroupissement était tout de même possible à 80% de la distance. La situation monopodale pouvait être tenue alternativement des deux côtés mais le sautillerment unipodal droit avait été refusé. En décubitus dorsal, le genou droit faisait l'objet d'une discrète lame d'épanchement intra-articulaire et la mobilité en flexion-extension était

limitée à 110-0-0°. L'assuré exerçait des contrepulsions lorsqu'on essayait de dépasser l'amplitude de flexion active. Le genou droit était stable sur les plans frontal et sagittal et le rabot rotulien ne présentait aucune spécificité. Sur la base de ces constats, le Dr G._____ a confirmé les limitations fonctionnelles retenues par la R._____ (nécessité d'éviter les marches prolongées en terrains irréguliers, les montées et descentes répétées d'escaliers, d'échelles et d'échafaudages et les travaux accroupis ou à genoux), estimant que dans une activité respectant ces restrictions, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail. Appelé ultérieurement à se prononcer sur les rapports des Drs O._____ et C._____, le Dr G._____ a indiqué que son appréciation de l'exigibilité restait inchangée et que les limitations fonctionnelles retenues tenaient compte des douleurs persistant au genou droit (avis des 11 octobre et 5 décembre 2017).

Les appréciations des Drs K._____, N._____ et G._____ sont convaincantes. Ces médecins ont procédé à un examen clinique et ont pris en considération l'ensemble des éléments figurant au dossier. Ils se sont prononcés en pleine connaissance de l'anamnèse et ont pris en compte les plaintes de l'assuré, avant de poser des conclusions claires et motivées. Comme indiqué ci-dessus, l'appréciation initiale du Dr G._____ a été complétée en octobre et décembre 2017 pour tenir compte des nouvelles pièces médicales produites par le recourant. Les rapports des Dr K._____, N._____ et G._____ satisfont donc aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante des rapports médicaux.

Le Dr X._____ était ainsi fondé à se rallier aux conclusions du Dr G._____ sans qu'il puisse lui être fait grief de s'être prononcé sur la base d'un dossier lacunaire. On ne peut suivre le recourant lorsqu'il fait valoir que c'est à tort que le Dr X._____ a estimé que les limitations fonctionnelles mises en avant par le Dr G._____ intégraient l'ensemble des atteintes. On rappellera à cet égard que la CNA a soumis les rapports des Drs O._____ et C._____ au Dr G._____, qui a indiqué que son appréciation restait inchangée. Il y a donc lieu de retenir que l'avis du Dr G._____ prend en compte l'ensemble des données médicales

disponibles. C'est également après analyse de tous les rapports médicaux au dossier, y compris ceux produits par le recourant, que le Dr X. _____ s'est rallié à l'avis du Dr G. _____ et a estimé que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité ne nécessitant pas de marches prolongées en terrains irréguliers, pas d'usage répété d'échelles ou d'escalier et pas de travail en position accroupie ou à genou, et qu'il considère que ces limitations fonctionnelles prennent en compte l'ensemble des séquelles de l'accident ainsi que les autres problèmes de santé affectant le membre inférieur droit, tant au niveau ostéo-articulaire, cartilagineux qu'au niveau des tissus mous. Avant de se prononcer, le Dr X. _____ a d'ailleurs instruit plus avant auprès du Dr O. _____, qui n'a toutefois apporté aucun élément nouveau probant. En définitive, l'appréciation du Dr X. _____ n'est pas critiquable et il ne se trouve au dossier aucun élément de nature à la remettre sérieusement en cause.

C'est également le lieu de préciser que le fait que l'intimé n'a pas mis en œuvre un stage d'observation ne suffit pas à conclure que son dossier a été insuffisamment instruit. Comme le relève l'intimé de manière convaincante dans son courrier du 14 septembre 2018 au recourant, l'aptitude à la réadaptation ne fait pas de doute dans la mesure où les limitations fonctionnelles touchent exclusivement le genou et permettent logiquement un travail sédentaire, notamment dans les activités citées à titre d'exemple dans la décision entreprise.

b) Les rapports médicaux sur lesquels le recourant fonde sa contestation ne permettent pas de parvenir à une conclusion différente de celle retenue par l'intimé. Le Dr O. _____ ne se prononce pas de manière complète et motivée sur la capacité de travail de l'intéressé ni n'avance de limitations fonctionnelles plus restrictives que celles retenues par la CNA et par l'intimé. Il s'emploie pour l'essentiel à émettre des critiques relatives aux investigations médicales entreprises après l'accident, les estimant entachées de manquements et d'orientations mal choisies. Il reproche aux différents médecins d'avoir ignoré des atteintes extra-articulaires, notamment une tuméfaction des parties molles, un épanchement articulaire et une lésion neurogène. S'agissant des tissus

mous, on relèvera préalablement qu'il ressort de l'IRM du 4 février 2016 une absence d'anomalie au niveau des ménisques et des ligaments croisés et latéraux, ce que l'arthro-CT du 18 mars 2016 a permis de confirmer. En effet, les ligaments croisés étaient intacts, le ligament interne ne présentait pas d'autre anomalie qu'une enthésopathie calcifiée à l'insertion fémorale proximale et il n'y avait pas d'autre lésion cartilagineuse visible au niveau des compartiments fémoro-tibiaux ni de déchirure méniscale détectable. Le Dr O. _____ n'explique en tous les cas pas en quoi les atteintes qu'il mentionne et qui auraient été ignorées par les premiers examinateurs conduiraient à une solution différente concernant le droit à une rente d'invalidité, singulièrement en quoi elles impliqueraient des limitations fonctionnelles plus importantes ou diminueraient dans une plus large mesure la capacité résiduelle de travail. S'agissant des limitations fonctionnelles, il invoque un état douloureux et une limitation de la flexion du genou droit à 110°, soit des constats concordant avec ceux des médecins de la R. _____ et du Dr G. _____; il n'apporte à cet égard aucun élément nouveau qui aurait été ignoré de ces derniers. De même, en attestant une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle de maçon, le Dr O. _____ ne fait que se rallier à l'avis généralement partagé par ses confrères. Interpellé par le Dr X. _____ sur la question de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, le Dr Eisner s'est limité répondre qu'une telle capacité existerait probablement, une fois que l'assuré aurait bénéficié d'une prise en charge médicale. Cet avis est dénué de toute motivation et ne repose sur aucun élément médical circonstancié. Le Dr O. _____ n'explique notamment pas la raison pour laquelle il ne pourrait pas d'ores et déjà apprécier ladite capacité résiduelle en fonction des limitations fonctionnelles existantes. Son avis sur ce point, pourtant essentiel lorsqu'il s'agit de trancher le droit à une rente d'invalidité, est à tel point sommaire qu'il ne saurait être retenu. Dans son rapport du 3 juillet 2017, le Dr O. _____ fait encore valoir que le risque à moyen et long terme a été apprécié de manière incorrectP. _____ dans le sens d'un mauvais pronostic n'ont pas été suffisamment prises en compte. Ces remarques, également avancées sous forme de simples assertions dénuées de toute motivation médicale, ne sauraient être retenues. On relèvera au demeurant que le Dr P. _____ a

effectivement fait état de lésions de mauvais pronostics, susceptibles de rester douloureuses durant plus de douze mois. En allouant de pleines indemnités journalières durant plus de treize mois et en reconnaissant la persistance de limitations fonctionnelles, notamment en raison des douleurs persistantes, la CNA a tenu compte des observations du Dr P._____. Le même constat s'impose s'agissant de l'OAI, qui a estimé qu'au 1^{er} avril 2017, soit plus d'un an après l'accident, l'assuré avait récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses restrictions fonctionnelles.

La Dre C._____ n'apporte pas non plus d'éléments justifiant de s'écarter de la solution retenue par l'intimé : elle ne se prononce pas sur la capacité de travail et n'indique qu'une limitation de la flexion du genou droit, au même titre que ses confrères, limitation qu'elle attribue aux douleurs intra-articulaires. La Dre C._____ observe en outre que l'assuré a peu de douleurs au repos et qu'il arrive à marcher sur terrain plat. Ces constats ne corroborent donc pas l'argumentation du recourant selon laquelle il ne serait pas capable d'exercer une activité même sédentaire, en raison des douleurs, qui rendraient la position assise insupportable et l'empêcheraient de se concentrer. La Dre C._____ n'apporte en tous les cas aucun élément de nature à remettre sérieusement en question l'avis du Dr X._____.

c) Les médecins traitants de l'assuré ne soutiennent pas non plus une incapacité de travail de 100% dans toute activité, comme le fait valoir l'intéressé. Le Dr T._____ a relativement rapidement préconisé une reprise du travail. Estimant que l'évolution était lentement favorable, il a attesté une reprise du travail à 50% par demi-journées dès le 29 août 2016. Il a indiqué que son patient décrivait peu de gêne lors de la marche à plat, mais éprouvait toujours des difficultés à se mettre à genoux (cf. certificat médical du 2 août 2016 et rapport médical du 5 août 2016 à la CNA). A la demande de son patient, il a toutefois finalement prolongé l'arrêt de travail à 100% d'abord jusqu'au 5 septembre 2016, puis au 30 octobre 2016. Dans un rapport du 15 décembre 2016 à l'OAI, le Dr T._____ a indiqué qu'une tentative de reprise du travail en octobre (sic)

2016 s'était soldée par un échec, que les gonalgies présentées par l'assuré étaient incompatibles avec l'activité de maçon mais qu'une reprise du travail dans une activité sédentaire adaptée, à un taux à définir entre 50 et 100% selon la symptomatologie douloureuse, était possible dès le 5 septembre 2016. Le suivi par le Dr T. _____ s'est terminé le 5 septembre 2016 et a été repris par le Dr H. _____ dès le 29 octobre 2016, lequel a dans un premier temps attesté sans plus de précision une incapacité de travail à 100%, avant d'indiquer que si son patient était toujours en totale incapacité de travail dans son activité habituelle de maçon, il avait recouvré une capacité de travail entière dans une activité légère (certificats des 31 mars et 30 juin 2017).

d) Au vu de ce qui précède, il ne se trouve au dossier aucun élément médical qui justifierait de s'écarter de la solution retenue par l'OAI, à savoir que le 1^{er} avril 2017, le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

6. Dans un autre grief, le recourant soutient que même à retenir une capacité résiduelle de travail, celle-ci ne pourrait être exigible en raison de sa situation personnelle, singulièrement de son âge et ses difficultés linguistiques, qui rendrait illusoire toute chance de trouver un emploi. Il convient dès lors d'examiner si, en l'état, le recourant paraît être en mesure de retrouver un emploi sur le marché équilibré du travail (sur cette notion, cf. ATF 110 V 273 consid. 4b).

a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de

travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2 ; 8C_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2 et 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 ; 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2).

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2 ; 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1 et 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2). Selon la jurisprudence, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché équilibré du travail doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

b) Dans le cas d'espèce, le recourant était âgé de 56 ans au moment où le Dr G._____ a constaté que l'exercice d'une activité lucrative était médicalement exigible. Il n'avait dès lors pas atteint un âge avancé au sens où l'entend généralement la jurisprudence. Le fait que les travailleurs du bâtiment atteignent l'âge de la retraite à 58 ans n'est pas déterminant, a fortiori dès lors que l'assuré n'est plus en mesure de travailler comme maçon. Si l'âge actuel et les restrictions induites par ses limitations fonctionnelles peuvent limiter dans une certaine mesure les possibilités de retrouver un emploi, on ne saurait considérer qu'ils rendent cette perspective illusoire dans l'hypothèse d'un marché équilibré du travail. Il n'est par ailleurs pas arbitraire d'affirmer que le marché du travail offre - indépendamment des activités mentionnées par l'office intimé dans la décision entreprise - un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre important sont adaptées aux limitations du recourant, finalement peu contraignantes, et accessibles sans formation particulière, sans exigences au niveau de la dextérité ni de la maîtrise du français (cf. TF 9C_497/2012 du 7 novembre 2012 ; TF I 383/2006 du 5 avril 2007 consid. 4.4).

7. Dès lors qu'il peut être exigé du recourant qu'il mette à profit une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, il convient d'examiner s'il subit, du fait du changement d'activité exigé par son état de santé, un préjudice économique lui ouvrant le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-invalidité (cf. art. 16 LPGA).

Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

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. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

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). 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).

L'assuré 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 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit (éventuel) à la rente, soit en

l'occurrence en avril 2017, date à laquelle l'état de santé du recourant est considéré comme stabilisé (ATF 129 V 222, consid. 4, 128 V 174, consid. 4.1 et 4.2).

Procédant à une comparaison des revenus avec et sans invalidité en faisant une correcte application des règles susmentionnées, l'intimé est parvenu à la conclusion que le préjudice économique subi par le recourant est de 14,67%, qu'il convient d'arrondir 15%. Contrôlé d'office, ce calcul ne prête pas flanc à la critique et peut être confirmé.

Le degré d'invalidité présenté par l'assuré, inférieur à 40%, ne suffit pas à ouvrir le droit à une rente d'invalidité. De même, dès lors qu'il n'atteint pas 20%, il ne permet pas la mise en œuvre de mesures professionnelles.

8. a) Au vu des éléments précités, le recours doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de la complexité de la cause, il y a lieu de fixer les frais de justice à 400 fr. et de les mettre à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) Le recourant n'a pas droit à des dépens, dès lors qu'il n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario* et art. 55 al. 1 LPA-VD *a contrario*).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 14 septembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- 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 Monnard Séchaud (pour le recourant),
- 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 :