

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 octobre 2016

Composition: Mme PASCHE, présidente
M. Métral et Mme Dessaux, juges
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre:

K. _____, à [...], recourant, représenté par Me Michel Chavanne, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 29 al. 2 Cst.; 6 ss, 16 et 17 LPGA; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI; 87 RAI.

E n f a i t :

A. a) Le 1^{er} juin 2005, K._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1955, manœuvre dans le génie civil, a été victime d'un accident dans le cadre de son travail. Alors qu'il se trouvait à genoux, un véhicule lui a roulé sur le pied gauche. Une fracture de la malléole interne de la cheville gauche a été diagnostiquée. Le 6 juin 2005, il a subi une réduction ouverte et une ostéosynthèse.

Le 9 août 2005, le Dr P._____, chef de clinique adjoint du service d'orthopédie et de traumatologie du J._____ (ci-après: le J._____) a fait état de douleurs résiduelles au niveau de la malléole interne et externe avec un œdème prononcé lors de la marche. La présence de ces douleurs résiduelles ressortait également des rapports des 28 octobre 2005 et 11 janvier 2006 du Dr S._____, chef de clinique adjoint du service d'orthopédie et de traumatologie du J._____. A la suite d'un examen clinique réalisé par le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement pour l'agence lausannoise de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après: la CNA), au vu de la symptomatologie douloureuse, l'assuré a été adressé pour une consultation préalable au Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, afin d'obtenir un avis thérapeutique précisant le type de lésion astragalienne. A l'issue d'un examen clinique du 14 mars 2006 ainsi que d'un CT-scan (computed tomography) de la cheville gauche du 20 mars 2006, le Dr W._____ a conclu à l'existence d'une lésion post-traumatique de l'astragale (lésion ostéocondrale du dôme italien en partie centrale, sans fragment libre).

A la suite d'un séjour de l'assuré du 19 avril au 31 mai 2006 à la Clinique D._____ (D._____) de la CNA à [...], les Drs N._____, spécialiste en réhabilitation et en chirurgie orthopédique, et X._____, médecin-assistante au service de réadaptation générale, ont retenu dans leur rapport du 5 juillet 2006 que malgré une évolution très favorable durant le séjour, la situation n'était pas stabilisée et qu'il était par

conséquent trop tôt pour tester les capacités fonctionnelles de l'assuré, la reprise d'une activité sur les chantiers semblant compromise. Les spécialistes ont proposé une poursuite de la rééducation en ambulatoire. L'incapacité de travail de l'assuré dans sa dernière profession était réputée totale du 1^{er} juin au 30 juin 2006.

Dans un rapport du 28 septembre 2006, consécutif à un examen clinique de l'assuré, le Dr G. _____ s'est exprimé en ces termes:

« On se trouve chez ce manœuvre d'origine albanaise, né en 1955, à bientôt 16 mois d'une fracture de la malléole interne ostéosynthésée dans le décours de laquelle va se révéler une lésion ostéo-chondrale astragaliennne. Cette lésion astragaliennne fait pour l'instant l'objet d'un suivi clinique et radiologique et on n'a pour l'instant pas retenu d'indication chirurgicale.

Il subsiste une symptomatologie douloureuse plus ou moins permanente de la cheville qui limite la marche.

Une annonce à l'AI en vue d'un reclassement professionnel a été suggéré à l'issue d'un séjour récent à la D. _____.

Le tableau radio-clinique de ce jour est celui d'une limitation fonctionnelle douloureuse de la cheville sur status après de la malléole interne consolidée (matériel d'ostéosynthèse toujours en place) et d'une lésion ostéo-chondrale astragaliennne encore évolutive si l'on se base sur les radiographies faites ce jour à l'Institut M. _____.

Bien que la situation ne nous paraisse pas pour l'instant suffisamment stabilisée pour permettre la liquidation asséculoologique du cas, le retour vers une pleine capacité de travail dans les travaux de chantier reste à notre avis tout à fait aléatoire, ce qui justifierait d'annoncer d'ores et déjà ce cas à l'Assurance-Invalidité en vue d'un reclassement professionnel. En attendant nous avons proposé à l'assuré de reprendre contact avec le Dr W. _____ à qui nous adressons une copie du présent rapport ainsi que le dossier radiologique. »

b) Le 3 octobre 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes sous la forme d'une orientation professionnelle ainsi que d'un reclassement dans une nouvelle profession. Précisant disposer de chaussures orthopédiques depuis le 11 juin 2005, il indiquait souffrir d'une fracture de la malléole interne de la cheville gauche après ostéosynthèse.

Dans un rapport du 17 octobre 2006 au médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr W. _____ a relevé que l'idée d'un reclassement professionnel semblait adéquate dans la mesure où même

après plusieurs mois supplémentaires de physiothérapie et d'attente, l'assuré ne pouvait reprendre un travail physique lourd. Il suggérait en revanche une consultation d'antalgie auprès de spécialistes du J._____.

Le 20 octobre 2006, le Dr V._____, spécialiste en médecine du travail et médecin traitant depuis 1992, a fait état d'une incapacité de travail totale dès le 1^{er} juin 2005, relevant que l'activité exercée précédemment n'était plus possible mais qu'il était possible d'exiger de l'assuré l'exercice d'une autre activité sans charge sur la cheville affectée, sans déplacements sur sol irrégulier ou en pente ou parcours à pied, travail en hauteur (sur une échelle), sans alternance entre les positions assis/debout/marche et sans nécessité de positions à genoux ou accroupie.

Dans son rapport d'examen médical final du 5 juin 2007 faisant suite à un examen de l'assuré, le Dr G._____ a fait l'appréciation suivante du cas:

« On se trouve, chez ce manoeuvre albanais né en 1955, à 2 ans d'un accident s'étant soldé par une fracture malléolaire interne traitée chirurgicalement.

Malgré la consolidation radiologique dans les délais habituels, l'évolution va s'avérer difficile avec persistance de troubles douloureux de la cheville et du pied, rebelles à diverses mesures thérapeutiques et qui perdurent à ce jour.

Les douleurs seraient plus ou moins continues et accentuées par la marche, en particulier en terrain irrégulier. Le périmètre de marche à plat serait d'environ ½ heure, au-delà de laquelle les sensations de chaleur et les douleurs l'obligeraient à s'arrêter.

A l'examen, on constate une discrète boiterie gauche. On objective une diminution des périmètres du mollet à gauche ainsi qu'une légère limitation de la fonction articulaire de la cheville. Radiologiquement, la fracture malléolaire est parfaitement consolidée. Le matériel d'ostéosynthèse est encore en place. A noter la persistance de signes d'une ostéochondrose astragienne sans diminution de l'espace articulaire tibioastragalien.

Dans l'état, nous ne voyons pas de traitement susceptible d'améliorer de façon notable la situation actuelle bien que l'on puisse encore s'attendre à une légère amélioration spontanée à moyen terme.

On admettra un suivi médical espacé de l'évolution à long terme ainsi que la prescription de mesures symptomatiques (antalgiques) et le renouvellement de chaussures adaptées munies d'une talonnette amortissante que nous prescrivons ce jour.

Il convient de relancer d'ores et déjà le processus de reclassement professionnel par l'Assurance Invalidité, le retour à une pleine

capacité dans une activité de chantier nous paraissant tout à fait aléatoire.

Cet assuré pourrait cependant mettre en valeur une pleine capacité dans toute activité sédentaire ou semi-sédentaire n'exigeant pas de déplacements prolongés ni de marche en terrain irrégulier. Il conviendra également de tenir compte dans une certaine mesure de la co-morbidité malade de la main droite (séquelles de cure de canal carpien) lors des mesures de reclassement. Nous précisons cependant que cette co-morbidité ne relève pas de la Suva [CNA]. »

Par correspondance du 7 juin 2007, la CNA a informé l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) que les séquelles de l'accident s'étant stabilisées et l'assuré étant susceptible de bénéficier de mesures de réadaptation, il incombait à l'office précité d'examiner le droit à des indemnités journalières durant le délai d'attente au sens de l'art. 18 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961; RS 831.201).

Interpellé par l'OAI, le dernier employeur de l'assuré a répondu par fax du 3 septembre 2007 que sans atteinte à la santé, l'assuré aurait perçu un revenu mensuel brut en 2007 de 5'244 fr. 80 servi treize fois l'an sans gratification supplémentaire de sorte que le revenu annuel hypothétique sans invalidité pour 2007 était de 68'182 fr. 40 (5'244 fr. 80 x 13).

Par décision du 2 octobre 2007, l'OAI a octroyé une aide au placement à l'assuré. Le 5 février 2008, il a été mis un terme à cette mesure avec l'accord de l'assuré.

Par décision du 14 mars 2008, la CNA a alloué à l'assuré dès le 1^{er} février 2008, compte tenu des séquelles accidentelles, une rente d'invalidité de 13 % basée sur un gain annuel assuré de 63'153 fr. ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7,5 %, correspondant à un montant de 8'010 francs (106'800 fr. x 7,5 / 100). Selon décision sur opposition du 6 mai 2008, la CNA a confirmé sa décision précitée et rejeté l'opposition de l'assuré.

Par communication du 28 avril 2008, l'OAI a indiqué que selon demande de l'assuré du 16 avril 2008, l'aide au placement était à nouveau fournie.

L'assuré a transmis le 28 mai 2008 à l'OAI un rapport établi le même jour par le Dr W. _____ suite à une consultation, dont il ressort en particulier ce qui suit:

« [...]

Examen clinique

L'arrière-pied reste bien axé, la fonction est limitée à 20/0/0 de F/E de la cheville, l'hyperextension est douloureuse en talo-crural antérieur. Des douleurs sont présentes également dans la sous-talienne avec des mouvements d'inversion et d'éversion. De manière étonnante, la percussion du péroné est très douloureuse. Absence de douleurs sur le trajet des tendons péroniers. En revanche il existe toujours une douleur à la palpation distale du tendon d'Achille.

Bilan radiologique

Par rapport aux clichés d'octobre 2006 il n'y a pas d'accentuation des altérations à l'endroit de la cheville, en revanche l'arthrose sous-talienne a discrètement progressé avec accentuation de la sclérose sous-chondrale et des marges ostéophytaires.

[...]

Sur le plan du travail, il est clair que l'incapacité de travail à 100 % comme maçon sera prolongée de manière définitive. En revanche le patient pourrait tout à fait être capable d'exercer une activité à 100 % si elle était essentiellement sédentaire et à 50 % si elle comportait également de courts déplacements. [...] »

Selon le document intitulé « Note 1^{er} entretien placement » de l'OAI du 2 juin 2008, l'assuré a indiqué s'être inscrit au chômage au motif qu'il ne percevait plus d'indemnités LAA. Il a par conséquent été mis un terme vers la mi-juillet 2008 à la mesure d'aide au placement octroyée par l'OAI à la fin avril 2008, ceci en raison de la prise en charge du cas par l'assurance chômage.

c) Par projet de décision du 16 juillet 2008, l'OAI a préavisé dans le sens du droit de son assuré à une rente AI entière à partir du 1^{er} juin 2006 jusqu'au 30 septembre 2007, précisant qu'après cette dernière date, le taux d'invalidité déterminant étant inférieur à 40 %, il ne donnait plus droit à la rente.

Dans son rapport du 18 décembre 2008, la Dresse T._____, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive, a décrit comme suit l'état de la main droite de l'assuré:

« En ce qui concerne spécifiquement la main droite, le patient note une amélioration de ces deux dernières années et une limitation nette aux mouvements fins et une difficulté à tourner par exemple un tournevis.

L'examen clinique en ce qui concerne la main droite montre un signe de Tinel négatif, un Phalen négatif, la sensibilité est globalement inférieure à 10 mm pour la discrimination entre deux points et la force musculaire est conservée. La trophicité de la pulpe des doigts est bonne.

[...]

En conclusion

Le patient est plus gêné par le problème orthopédique avec l'ancienne fracture de sa cheville gauche occasionnant des douleurs dans la cheville et le pied.

En ce qui concerne la capacité de travail, il n'y a pas lieu d'imaginer une amélioration quelconque par rapport à l'état actuel. Il n'y a donc pas lieu d'envisager un changement de l'incapacité de travail. »

Dans un avis médical du Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) du 22 décembre 2008, le Dr Q._____ s'est exprimé en ces termes:

« Le dernier rapport du Dr W._____, orthopédiste au J._____, confirme en tous points la position de la SUVA, et par conséquent la nôtre. A savoir: il existe une incapacité de travail totale comme aide-maçon, et une pleine exigibilité dans une activité adaptée.

Nonobstant, l'assuré a fait recours contre la décision de la SUVA le 6.6.2008. L'OAI a formulé un projet de décision d'octroi de rente limitée dans le temps le 16.6. [recte: le 16.7.] 2008.

Le mandataire juridique nous fait part de son opposition le 5.11.2008. Son argumentation repose sur le fait que l'examen final de la SUVA date de juin 2007, et que l'état de santé de son client se serait péjoré.

Me Chavanne avoue sa perplexité sur ce que les Drs G._____ et W._____ entendent par « sédentaire » et respectivement « semi-sédentaire ». Il croit déceler une divergence d'opinion entre ces deux spécialistes, dès lors que le Dr W._____ admet une capacité de travail de 50 % seulement dans une activité semi-sédentaire.

Se fondant sur ces constatations, il réclame un nouvel examen médical de l'assuré par l'OAI.

Par sédentaire, on entend une activité « qui ne comporte ou n'exige pas de déplacements (Le Petit Larousse, Ed. 1996) ». Ceci ne signifie pas pour autant que le sujet ne peut pas se déplacer. En effet, il reste capable de venir de son domicile sur son lieu de travail, d'emprunter les transports publics, de faire ses courses, de se rendre aux toilettes, etc. On doit comprendre par là que la tâche

assignée à la personne ne doit pas nécessiter des déplacements répétitifs. Il existe nombre d'activités qui répondent à ces exigences (caissier, téléphoniste, réceptionniste, aide de bureau, travail léger à l'établi, etc.). Dans son rapport du 28.5.2008, le Dr W._____ écrit que « le périmètre de marche se limite à une centaine de mètres ».

Par déduction, une activité semi-sédentaire est une activité comportant ou n'exigeant que peu de déplacements, par opposition à une activité dans laquelle les déplacements sont importants. Dans le cas présent, on pourra donc convenir qu'une activité semi-sédentaire peut comporter des déplacements répétitifs inférieurs à 100 m.

Considérant ce qui précède, nous pouvons résumer notre position comme suit:

- IT de 100 % dans l'activité précédemment exercée
- IT de 0 % dans une activité adaptée (travail sédentaire)
- IT 50 % dans une activité semi-sédentaire.

Nous pouvons répondre comme suit à vos questions [selon demande de l'OAI du 7 novembre 2008]:

• Un tel examen médical est-il justifié? Pour quelles raisons? Non, un examen médical complémentaire n'est pas justifié ni nécessaire. La controverse porte sur la définition de la sédentarité et de la semi-sédentarité, que je crois avoir expliqué ci-dessus.

• Existe-t-il des éléments médicaux nouveaux ou y a-t-il aggravation de l'état de santé pour revenir sur notre position? Non, l'aggravation alléguée par Me Chavanne ne repose sur aucun élément médical. Nous n'avons donc pas à revenir sur notre décision. En revanche, la lecture du rapport du Dr W._____ a permis de compléter les limitations fonctionnelles dans le sens indiqué ci-dessus. »

Le 14 janvier 2009, l'OAI a adressé à l'avocat de l'assuré un courrier traitant l'ensemble des objections formulées le 5 novembre 2008 à l'encontre de son projet de décision du 16 juillet 2008. Reprenant les conclusions de l'avis médical SMR précité, l'OAI a indiqué qu'un examen médical complémentaire n'était pas justifié et que l'aggravation des symptômes alléguée ne reposait sur aucun élément médical. S'agissant du calcul du revenu sans invalidité réalisable en 2007, suivant les précisions apportées à ce sujet par son assuré, l'OAI a considéré que ce revenu s'élevait à 68'182 fr. 40 (5'244 fr. 80 x 13) - et non à 60'259 fr. 55 tel que mentionné dans son projet. Partant après comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1), il en résultait un degré d'invalidité de 26.01 % n'ouvrant pas de droit à l'octroi d'une rente. Concernant le taux d'abattement de 15 % retenu, l'assureur social a souligné qu'au vu des circonstances d'espèce (assuré né en 1955, au bénéfice d'une autorisation de séjour de type C et d'une expérience

professionnelle acquise en Suisse depuis de nombreuses années, sans aucune limitation liée à l'âge, à la nationalité, à la catégorie d'autorisation de séjour), ce pourcentage prenait correctement en considération les limitations liées au handicap. Pour terminer, le reclassement professionnel ne pouvait être considéré comme étant nécessité par l'invalidité dans la mesure où l'exercice d'une activité professionnelle restait possible malgré l'atteinte à la santé et sans que des mesures spécifiques ne s'imposent.

L'assuré est entré en stage d'observation auprès de la Fondation I. _____ le 19 janvier 2009. Selon le rapport établi le 12 février 2009, son rendement pour des activités simples était faible. Malgré l'adaptation du poste, il ne pouvait pas maintenir son activité plus d'une demi-heure sans quitter son poste. Pour le conseiller professionnel, un retour dans le premier marché paraissait peu probable.

Par décision du 5 mars 2009, l'OAI a alloué à l'assuré une rente AI entière à partir du 1^{er} juin 2006 jusqu'au 30 septembre 2007, précisant qu'après cette dernière date le taux d'invalidité déterminant était inférieur à 40 % et ne donnait plus droit à la rente. L'OAI se référait expressément à son courrier du 14 janvier 2009.

d) Par arrêt du 6 avril 2011 (cause AI 201/09 - 165/2011), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours dirigé par l'assuré contre cette décision, en retenant en particulier ce qui suit au considérant 5 let. a de l'arrêt:

« S'agissant en l'espèce de l'évaluation de la capacité résiduelle de travail du recourant, le rapport médical du 5 juillet 2006 des médecins spécialisés de la D. _____ a relevé que suite à l'accident survenu le 1^{er} juin 2005, malgré une évolution très favorable, la situation médicale n'était cependant pas stabilisée. La reprise d'une activité sur les chantiers était toutefois compromise. En outre, il était trop tôt pour tester les capacités fonctionnelles du recourant, une poursuite de la rééducation en ambulatoire étant proposée. L'incapacité de travail était réputée totale jusqu'au 30 juin 2006 dans l'activité habituelle.

Le 5 juin 2007 le Dr G. _____ a écrit que le recourant pourrait mettre en valeur une capacité de travail résiduelle entière dans toute activité (semi-) sédentaire n'exigeant pas de déplacements prolongés (de plus d'une demi-heure) ni de marche en terrain

irrégulier. Ces constatations ont été émises par le médecin-conseil de la CNA suite à un examen clinique pratiqué le même jour. Le Dr G._____ a en outre relevé que malgré une consolidation radiologique dans les délais, l'évolution allait s'avérer difficile avec la persistance de troubles douloureux affectant la cheville et le pied, lesquelles douleurs étaient rebelles à tout traitement.

Le rapport médical du 28 mai 2008 du Dr W._____ a attesté que sur le plan médical, si l'incapacité de travail en tant que maçon était définitive, il était en revanche possible pour le recourant d'exercer une activité exclusivement sédentaire à 100 %, ou une activité comportant de courts déplacements (périmètre de marche limité à 100 mètres environ) à 50 %. Les constatations du Dr W._____ en relation avec l'évaluation de la capacité de travail résiduelle corroborent celles du Dr G._____ datant de juin 2007. Force est ainsi de relever que nonobstant la discrète progression de l'arthrose sous-talienne relevée par le Dr W._____, il n'y a pas eu en l'espèce d'évolution de la situation médicale susceptible de modifier l'appréciation de la capacité de travail résiduelle du recourant consécutive à l'examen clinique pratiqué le 5 juin 2007 par le médecin d'arrondissement de la CNA.

Le rapport d'évaluation de stage en ateliers de la Fondation I._____ du 12 février 2009 comporte l'appréciation de la situation telle qu'observée par un moniteur d'atelier ainsi qu'une conseillère professionnelle. En regard des règles de jurisprudence applicables (cf. consid. 4c supra), il n'est pas déterminant, les constatations médicales devant être privilégiées. Les observations des responsables de la Fondation I._____ ont en effet pour partie pu être influencées par des éléments subjectifs tels que plaintes ou mimiques de l'assuré durant son stage. Partant, ces observations ne garantissent pas un compte rendu objectif de la situation de santé du recourant.

Les rapports médicaux du Dr C._____ des 20 avril et 12 mai 2009 indiquent qu'aucun des traitements alors entrepris n'ont permis une amélioration ou un soulagement. Ce médecin relate également son pessimisme quant à la possibilité de trouver dans le futur, un traitement adéquat. Le Dr C._____ relève - sans pour autant disposer d'examen cliniques objectifs - que depuis juin 2005, le recourant aurait probablement développé dans les suites du traitement de son traumatisme à la cheville gauche, un syndrome douloureux régional complexe (SDRC). Au vu du contenu médical peu étayé des rapports précités, il n'est clairement pas possible d'en déduire que la situation de santé du recourant puisse s'être péjorée postérieurement au mois de juin 2007.

La lettre du Dr V._____ du 15 juin 2009 ainsi que la décision du 18 juin 2009 du Service de l'emploi, toutes deux déposées en cours de procédure, font état d'une inaptitude au travail du recourant à compter du 12 mai 2009. Ces éléments relatent ou ont ainsi trait à des faits ou considérations postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse, soit en l'espèce le 5 mars 2009. La cour de céans ne saurait par conséquent retenir ces pièces dans le cadre de son examen. Ces faits survenus postérieurement à la décision litigieuse, et qui seraient susceptibles de modifier la situation de l'assuré, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision

administrative du ou des assureurs sociaux concernés (cf. consid. 3a supra).

En l'occurrence, aucun élément médical objectif n'appert susceptible de remettre en cause le bien-fondé du rapport médical final établi le 5 juin 2007 par le médecin d'arrondissement de la CNA. Dans la mesure où ce rapport aboutit à des résultats convaincants, que ses conclusions sont bien motivées, qu'il ne contient pas de contradictions, il y a lieu en définitive de lui attribuer valeur probante au sens de la jurisprudence (cf. supra consid. 4c). L'évaluation de la capacité de travail résiduelle du recourant ressortant de la décision attaquée s'avère par conséquent être correcte en retenant une pleine capacité de travail dans une activité sédentaire ou une capacité de travail de 50 % dans une activité semi-sédentaire dès le mois de juin 2007. Il convient de relever que la co-morbidité de la main droite ne modifie pas cette appréciation puisqu'il existe nombre d'activités ne nécessitant pas des mouvements fins. »

e) Le 15 juillet 2011, l'OAI a relevé que postérieurement à la décision attaquée du 5 mars 2009, l'assuré avait produit deux nouvelles pièces susceptibles de modifier l'appréciation de la situation, à savoir un courrier du 12 mai 2009 du Dr C._____, médecin-chef du service d'anesthésiologie et antalgie de l'U._____, ainsi qu'un courrier du Dr V._____ du 15 juin 2009.

Par avis du 11 août 2011, le Dr L._____ du SMR a constaté que ces documents ne modifiaient pas la situation.

B. Le 1^{er} mars 2013, l'assuré, par son conseil, a demandé la révision du droit à la rente, en se prévalant d'une augmentation de ses douleurs au niveau dorsal et de la cheville, si bien qu'il ne pouvait plus travailler debout ni rester assis longtemps. Il a joint à son envoi un rapport du 6 août 2012 du Dr V._____, qui a estimé que son patient devait être considéré comme invalide à 100 %. Le Dr V._____ a pour le surplus relevé ce qui suit:

« M. K._____ souffre de douleurs lombaires avec sciatalgie. Les douleurs sont localisées dans la région quadricipitale avec diminution de la force du muscle quadriceps. Rappelons qu'une atteinte à ce niveau-là correspond à une atteinte radiculaire de niveau L2-L4.

Les examens paracliniques montrent un canal étroit sur discopathie L3-L4 prononcée, pouvant comprimer l'émergence des racines L4. Il

y a donc concordance entre les plaintes émises par le patient et les découvertes radiologiques (annexe: copie du rapport de radiologie). D'autre part, M. K._____ souffre de la cheville gauche. Rappelons que cette cheville a été accidentée, fracturée, opérée. Il s'en est suivi une dystrophie de Südeck. Les radiographies de la cheville montrent d'importantes irrégularités de l'os du dôme astragalien, avec un[e] défaut osseux d'environ 4 mm, ainsi qu'une arthrose talo-calcaneenne. Un examen en IRM [imagerie par résonance magnétique] n'est pas possible vu la présence du matériel d'ostéosynthèse. A l'évidence, l'arthrose, le déficit osseux explique les douleurs ressenties par le patient. Seule, une prothèse de cheville pourrait éventuellement le soulager. Rappelons cependant que cette technique reste expérimentale, et que le patient ayant présenté une dystrophie de Südeck ne peut subir ce genre d'opération, le risque de récurrence de la dystrophie de Südeck (Südeck = vasculopathie de l'os) est beaucoup trop important. Pour les raisons susmentionnées (pathologie lombaire, pathologie de la cheville) on peut considérer que M. K._____ n'est plus apte à travailler comme ouvrier de chantier, ni dans toute autre tâche impliquant un effort physique, ou de travailler debout. Au vu de sa pathologie dorsale, il ne peut pas non plus travailler assis longtemps. »

L'assuré a également produit un rapport de radiographie de la cheville gauche de la Dresse E._____, spécialiste en radiologie, du 11 juillet 2012, qui a fait état d'importantes irrégularités de l'os du dôme astragalien avec un défaut osseux d'environ 4 mm ainsi que d'arthrose talo-calcaneenne. Etait enfin joint un rapport de scanner lombaire du Dr B._____, spécialiste en radiologie, du 29 septembre 2011, qui a mentionné une discopathie L3-L4 prononcée, avec canal étroit modéré à ce niveau pouvant comprimer l'émergence des racines L4.

Dans son rapport du 19 avril 2013 à l'OAI, le Dr V._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de canal étroit sur discopathies L3-L4 prononcées avec atteinte quadricipitale et diminution de la force du quadriceps ainsi que d'arthrose de la cheville gauche. Il a estimé que l'évolution était peu favorable, et l'incapacité de travail totale dans l'activité habituelle d'ouvrier. Il a encore noté que seules des activités dans différentes positions pouvaient encore être exigées, à temps très limité, ces indications étant valables depuis 5 ans. Il a notamment joint des rapports de radiologues, parmi lesquels un rapport établi le 14 septembre 2012 par la Dresse F._____ à la suite d'une IRM lombaire, qui a estimé que la discarthrose L3-L4 était superposable à un précédent CT du 29 septembre 2011. La Dresse F._____ a en outre noté

la présence d'une sténose canalaire L3-L4 modérée, surtout une sténose bilatérale des recessi latéraux de L4 prédominant à droite, superposable au précédent examen CT, et empreinte sur l'émergence de la racine L4 droite. Etait encore joint le rapport de radiographie du bassin et angioscanner des membres inférieurs du 3 septembre 2012 du Dr B._____, qui a constaté l'absence de lésion vasculaire appréciable expliquant les symptômes du patient.

Par avis du 19 juillet 2013, le Dr L._____ du SMR a estimé qu'une expertise rhumatologique était indiquée.

Le 4 septembre 2013, l'assuré, par son conseil, a déposé une nouvelle demande de prestations AI pour adultes.

Le 9 septembre 2013, l'OAI a fait savoir au conseil de l'assuré qu'une expertise serait confiée au Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique.

Le 19 septembre 2013, le conseil de l'assuré a fait connaître à l'OAI la liste des questions qu'il entendait poser au Dr R._____.

Le Dr R._____ a rendu son rapport d'expertise le 3 octobre 2013. Il a posé comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail ceux de lésion ostéochondrale du dôme talien gauche constatée à la tomodensitométrie du 20 mars 2006, d'arthrose de l'articulation sous-talienne gauche constatée le 28 mai 2008, de lombo-cruralgie droite de type irritatif non déficitaire avec spondylarthrose lombaire modeste, ainsi que de persistance de douleurs type « pillar pain » de la paume de la main droite. Le Dr R._____ a pour le surplus relevé ce qui suit:

« 4. Diagnostics

[...]

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail depuis quand sont-ils présents ?

Status post fracture de la malléole interne de la cheville gauche le 1^{er} juin 2005 et status post ostéosynthèse le 6 juin 2005. Status post algoneurodystrophie de la cheville gauche postopératoire; status post guérison de l'algoneurodystrophie

Spondylolyse bilatérale de L5 sans spondylolisthésis à l'imagerie du 10 décembre 2008
Spondylarthrose modeste C5/C6 et C6/C7
Rares douleurs résiduelles du coude post épicondylite externe traitée Amputation de la phalange distale des 3^{ème} et 4^{ème} orteils gauche en 1978 Amygdalectomie le 04.02.2013

5. Appréciation du cas et pronostic

La pathologie centrale de l'assuré, concernant l'appareil locomoteur, est celle de la cheville gauche. Elle associe une fracture de la malléole interne gauche le 1^{er} juin 2005 à une lésion ostéocondrale du dôme astragalien en zone centrale. Une arthrose de la sous-talienne, d'apparition différée, complique le tableau clinique.

L'ostéosynthèse malléolaire interne voit son évolution grevée par une algoneurodystrophie qui disparaît heureusement sous traitement médicamenteux. Néanmoins, l'évolution subjective est, de 2005 à avril 2013, défavorable, avec persistance d'un syndrome douloureux chronique de la cheville gauche, entravant la marche. L'évolution du périmètre de marche est lente, passant de 100 mètres au départ, puis par quelques mètres en avril 2007 à 500 mètres lors de la consultation au service du rachis du J. _____ en avril 2013. On constate donc une nette amélioration de la capacité de marche de l'assuré, ce dont ce dernier se montre, à juste titre, très satisfait. Les souliers orthopédiques lui sont d'une aide précieuse. La marche est possible sans canne. Il n'y a pas de traitement particulier à envisager. Les limitations y relatives sont à retenir, se concentrant sur un travail de type sédentaire, chez un assuré âgé de 58 ans sans diplôme reconnu en Suisse. Sous traitement médical, avec utilisation d'un soulier orthopédique, et en respectant les limitations induites par cette pathologie, le pronostic est bon pour plusieurs années. Bien entendu, une réévaluation de la situation est à effectuer régulièrement, la première étant à placer dans environ cinq ans.

Le second problème est celui du rachis. Au début des années 2000 apparaissent des cervicalgies pour lesquelles un bilan d'imagerie montre une dégénérescence des étages C5/C6 et C6/C7. Un électro-neuro-myogramme réalisé en juin 2008 ne montre pas d'anomalie. Cliniquement, selon les dires du patient, les douleurs sont tout à fait supportables. Ceci est confirmé par les données de l'examen orthopédique et neurologique, qui ne mettent pas d'anomalie en évidence. A l'étage lombaire, il existe une lyse bilatérale de LS sans spondylolisthésis associé. Ayant travaillé dans la viticulture puis dans le génie civil pendant de nombreuses années, cette lyse est stable et constitue plus une découverte radiologique qu'une problématique clinique. Il existe par contre une lombo-cruralgie droite de type irritatif, mais non déficitaire, par maladie discale L2/L3, entrant dans le cadre d'une spondylarthrose lombaire modeste. On retiendra donc les limitations y relatives. En accord avec le service de consultation du rachis du J. _____, aucune indication à la réalisation d'un geste chirurgical ne sera retenue. Sous traitement médical avec suivi régulier, le pronostic est bon.

Le troisième diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail est la présence d'une douleur résiduelle de type pillar pain, suite au syndrome du tunnel carpien droit. Il se manifeste essentiellement

lors du choc de la paume de la main contre une surface dure. On retiendra donc la limitation suivante: pas de métier entraînant des chocs à répétition contre la paume de la main droite. Le pronostic est bon.

Une pathologie des épaules est signalée sous le vocable de «périarthrite scapulohumérale », sans localisation anatomique, dans le dossier de l'assuré.

A l'interrogatoire, il n'est pas retrouvé de point d'appel clinique. Les résultats de l'examen clinique sont identiques pour les deux épaules et dans les limites de la norme et se marquent en particulier par l'absence de douleurs et de limitations. Aucun diagnostic n'est retenu et toute investigation complémentaire paraclinique serait injustifiée. Il en est de même pour les rares douleurs résiduelles du coude gauche, qui entrent dans le cadre d'un traitement par ondes de choc. On peut recommander une physiothérapie de mobilisation et de musculation des muscles épicondyliens qui sont hypotrophiques. Il n'y a pas lieu de fixer un pronostic, car aucun diagnostic n'est retenu.

On rappelle enfin l'absence de maîtrise de la langue française chez ce travailleur manuel, père de cinq enfants, dont le déconditionnement physique est global, en raison du manque d'activité depuis de nombreuses années. L'amputation de la phalange distale des 3^{ème} et 4^{ème} orteils gauche en 1978 ne présente pas de conséquence sur le plan de la marche, comme le montre la pleine capacité de travail dans le génie civil durant plusieurs années.

Cette expertise entre dans le cadre d'une demande de révision, déposée le 1^{er} mars 2013, auprès de l'Office de l'Assurance Invalidité par l'avocat de l'assuré, soutenue par le certificat du médecin de famille de l'assuré en date du 6 août 2012.

Il convient donc d'examiner les paramètres fournis dans ce certificat.

- Douleurs lombaires avec des sciatalgies

Si l'assuré exprime effectivement des lombalgies, comme je l'ai relevé au chapitre consacré aux plaintes de l'assuré, il n'existe pas de sciatalgies. Il présente une cruralgie droite de type irritatif, à signe de Léri négatif. Dans ce cadre, je ne peux que soutenir l'attitude du service du rachis du J. _____ en ne retenant pas d'indication à une intervention chirurgicale. Le traitement médical est, en effet, parfaitement indiqué et suffisant. Des infiltrations facettaires peuvent, comme l'a d'ailleurs proposé le Pr. H. _____, être réalisées. Cette pathologie n'induit pas, en elle-même de limitations spécifiques, mais on retiendra celles liées à la spondylarthrose lombaire qui relèvent du même mécanisme. Je rappelle également le diagnostic de lésion lytique de L5, stable depuis de nombreuses années (diagnostic que je pose sur l'imagerie du 10 décembre 2008), qui entraîne des limitations de même type.

- Canal étroit sur discopathie L3/L4 prononcée pouvant comprimer l'émergence des racines L4.

Il n'existe pas de sténose du canal spinal lombaire avec une traduction clinique. En effet, les critères de la définition ne sont pas remplis. Je rappelle que le Pr. H. _____, d'ailleurs auteur d'une

toute récente publication dédiée à la revue des sténoses canalaire lombaires, ne retient pas non plus ce diagnostic lors de sa consultation du mois d'avril 2013.

- Les douleurs de la cheville sont dues à « l'arthrose talo-calcanéenne et aux importantes irrégularités de l'os du dôme astragalien, avec un défaut de 4 mm ».

Les douleurs de la cheville sont, en effet, dues à l'arthrose d'origine sus et sous-talienne. La mesure de 4 mm ne peut pas être retenue car elle est effectuée le 11 juillet 2012 sur des clichés radiographiques dont on ne sait pas s'ils ont été réalisés en charge ou non et sans que le radiologue ait d'autres clichés comparatifs. De toute façon, de règle générale, l'importance de la gêne fonctionnelle et les douleurs ne sont pas proportionnelles avec la taille des lésions, dont on rappelle d'ailleurs l'amélioration. Enfin, la clinique prime sur l'imagerie, en notant que le périmètre de marche, longtemps cantonné à 100 mètres, s'est considérablement amélioré en passant à 500 mètres. Il ne convient pas d'opérer une image radiographique.

- La prothèse de cheville, envisagée pour diminuer les douleurs est qualifiée de « technique expérimentale ».

Il est tout-à-fait illogique d'envisager une prothèse de cheville alors qu'il existe, dans le cas présent, une arthrose sous-talienne associée, ce qui semble, bien fâcheusement, avoir été oublié. Ce type de prothèse relève des indications de l'arthrose tibio-astragalienne pure. Mais le point le plus important n'est pas de proposer telle ou telle technique chirurgicale, pour laquelle le traumatologue seul est compétent pour effectuer le choix. En effet, sachant que le périmètre de marche de l'assuré s'améliore, en étant multiplié par 5, il n'est pas concevable d'envisager un geste chirurgical, de quelle nature qu'elle soit.

On rappelle que la prothèse de cheville n'est plus, depuis bien longtemps, considérée comme une technique expérimentale. Elle possède, au contraire, une place dans l'arsenal thérapeutique des arthroses de cheville, selon des indications précises.

- Le risque de complication postopératoire à la pose d'une prothèse de cheville est qualifié de « beaucoup trop important ».

Tout geste chirurgical est à risque de complications postopératoires. Je ne connais pas de tests validés internationalement permettant, dans le cas présent, de qualifier celles-ci de « beaucoup trop important », surtout si l'on rappelle que le choix de la prothétique de cheville n'est, ici aucunement adéquate.

- L'assuré « n'est plus apte à travailler comme ouvrier de chantier, ni dans toute autre tâche impliquant un travail physique ou de travailler debout ». « Au vu de sa pathologie dorsale, il ne peut pas non plus travailler assis longtemps ».

Je suis tout-à-fait d'accord en ce qui concerne le fait que la profession d'ouvrier de chantier ne peut plus être exercée. Ce point sera détaillé infra.

Je ne peux pas, au contraire, soutenir l'assertion énoncée par le confrère, que « toute autre tâche impliquant un travail physique ou de travailler debout » est impossible. Il est possible, en effet, d'effectuer une tâche adaptée, à savoir respectant un certain nombre de limitations physiques, qui seront détaillées infra.

Quant à la pathologie dorsale, elle n'est pas définie dans ce certificat, bien qu'elle soit clairement distinguée de la pathologie lombaire. Je n'ai pas retrouvé à l'examen de point d'appel clinique au niveau du rachis thoracique. Le Pr. H. _____ ne la mentionne pas non plus dans son rapport. Il n'est donc pas adéquat de demander des examens paracliniques qui ne sauraient être justifiés.

- « L'assuré doit être considéré comme invalide à 100 % ».
Je ne suis pas compétent, en tant qu'expert médical, pour effectuer le calcul mathématique qui définit l'invalidité de nature économique au sens de l'Assurance Invalidité. Je ne fais donc aucun commentaire.

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

- Au plan physique
Les pathologies ci-dessus énoncées au point A 4.1 entraînent des douleurs:

- Lombaires: lors du maintien de positions statiques, qu'elle soit érigée ou assise sur un siège usuel de plus de 2 heures; lors de la manipulation de charges de plus de 5 kg, lors du travail en porte-à-faux ou en rotation du tronc.

- De la cheville gauche: lors des marches à pied prolongées de plus de 500 mètres, en terrain irrégulier, ou en pente.

- De la paume de la main droite: lors des chocs répétés de la paume de la main droite contre une surface dure ou la manipulation répétée d'objets en flexion, associée ou non à une extension.

- Au plan psychique et mental
Je ne suis pas compétent pour répondre à cette question.

- Au plan social
Il est manifeste qu'il existe une diminution des relations sociales, au moins partielles, en raison de difficultés apparaissant lors des déplacements. Néanmoins, l'utilisation des transports publics pour se rendre chez des amis ou dans une administration est tout-à-fait possible.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

On rappelle que l'assuré ne travaille plus depuis le 1^{er} juin 2005.

Selon le certificat fourni par la société OO. _____, dernier employeur, la dernière activité exercée était celle de chef d'équipe en génie civil.

Les pathologies énoncées au point A 4.1 interdisent l'exercice de la profession de chef d'équipe en génie civil.

Justification:

La pathologie arthrosique de la cheville gauche et les lombalgies interdisent le travail sur les chantiers de génie civil (spécialiste routier et pose de revêtement bitumineux, de bordures, collecteurs et pavés).

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Il convient de respecter les limitations suivantes:

Pas de marche prolongée de plus de 500 mètres par jour, ce qui définit un métier semi-sédentaire; pas de marche en terrain irrégulier ou en pente; pas de travail sur les échelles ou les échafaudages ou en milieu dangereux nécessitant la possibilité d'une fuite à pied. Pas d'utilisation de machines à commande à pied. Pas de position statique qu'elle soit érigée ou assise de plus de 2 heures de façon continue, ce qui se traduit par une pause de 30 minutes toutes les deux heures. Pas de port de charge de plus de 5 kg. Pas de travail en rotation ou en porte-à-faux du tronc. L'adaptation fine se fera avec le test d'ergonomie de levage et transport manuel de charge de la SUVA par exemple. L'alternance des positions assise et debout est conseillée, avec un siège de type haut pour opéré du rachis lombaire avec barre d'appui-pied. Pas de manipulation d'objet entraînant des chocs de la paume de la main droite (marteau-piqueur, pistolet-revolver par exemple). Pas de manipulation d'objet dangereux.

Port obligatoire de souliers orthopédiques.

Ceci autorise une capacité de travail de 42 heures trente minutes par semaine avec une baisse de rendement de 15 %, soit deux fois trente minutes de pause par jour. Les trente minutes de repos sont effectuées au bout de deux heures de travail.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (en heures par jour) ?

Selon le certificat fourni par la société OO._____, dernier employeur, la dernière activité exercée était celle de chef d'équipe en génie civil.

Non, l'activité exercée jusqu'ici n'est plus exigible.

Justification

La pathologie arthrosique de la cheville gauche et les lombalgies interdisent le travail sur les chantiers de génie civil (spécialiste routier et pose de revêtement bitumineux, de bordures, collecteurs et pavés).

2.4 Y-a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure?

La question devient sans objet.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y-a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Il y a eu une incapacité de travail de 20 % au moins depuis le premier juin 2005 jusqu'au cinq juin 2007.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Dans une activité adaptée, à savoir celle respectant les limitations énumérées au point B. 2.2,

- la capacité de travail était complète sans baisse de rendement du cinq juin 2007 au 1^{er} janvier 2011;
- la capacité de travail était complète avec une baisse de rendement de quinze pourcent du 1^{er} janvier 2011 à ce jour. La baisse de rendement est justifiée par l'apparition de la pathologie lombaire à type de lombo-cruralgie droite, qui nécessite une pause de trente minutes toutes les deux heures.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelles sont-elles envisageables ? Si oui, dans quel délai ? Si non, pour quelles raisons ?

Oui, des mesures de réadaptation professionnelles sont envisageables.

Le délai à respecter est de trois mois, de façon à mener de front un réentraînement à l'effort et à l'instruction de la langue française, mal maîtrisée.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

Non, il n'est pas possible d'améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent.

2.1 Si oui, par quelles mesures ?

La question devient sans objet.

- Mesures médicales
- Moyens auxiliaires
- Adaptation du poste de travail

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

La question est sans objet.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e) ?

Oui, d'autres activités sont exigibles de la part de l'assuré.

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Les critères médicaux sont de deux ordres. Il convient de travailler en sol plat et régulier. L'assuré bénéficiera au mieux d'une chaise haute de type opéré du rachis lombaire avec une barre d'appui-pied. On évidera le plan de travail.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (heures par jour) ?

L'activité adaptée peut être exercée à raison de 42 heures trente minutes par semaine.

3.3 Y-a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Oui, il existe une baisse de rendement de quinze pourcent, ce qui correspond à une pause de trente minutes toutes les deux heures de travail.

3.4 Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ?

L'exercice d'une activité adaptée est exigible depuis le cinq juin 2007.

3.5 Si plus aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?

La question devient sans objet.

Remarques

Questions posées par Me M. Chavanne dans son courrier du 19 septembre 2013 adressé à M. Y._____.

Au vu des problèmes de chevilles et lombaires, combien de temps M. K._____ peut-il rester debout de façon immobile ?

La position debout immobile, dite encore celle du garde-à-vous, ne doit pas être recherchée en raison de la pathologie de la cheville chez Monsieur K._____.

Quelle distance M. K._____ peut-il parcourir aisément en marchant ?

400 mètres selon l'interrogatoire de l'assuré.

Au des problèmes lombaires de M. K._____, quelle charge l'assuré peut-il porter ? Et à quelle fréquence ?

La fréquence de portage est un paramètre qui ne peut pas être envisagé seul. Se reporter au texte ci-dessus.

Au vu des problèmes d'épaules de M. K._____, peut-il travailler avec les bras au-dessus de 90°? Si oui, quelle charge peut-il porter ?

A mon sens d'expert médical, il n'existe pas de pathologie des épaules. On rappelle l'absence totale de plainte exprimée par l'assuré en ce qui concerne les ceintures scapulaires et la normalité de l'examen clinique. Il n'existe aucun argument pour effectuer des examens complémentaires qui seraient totalement injustifiés. »

Par avis du 5 novembre 2013, le Dr L._____ du SMR a constaté à la suite de l'expertise du Dr R._____ que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, entière dans une activité adaptée de juin 2007 au 1^{er} janvier 2011, puis entière avec une baisse de rendement de 15 % en raison des pauses nécessaires après deux heures de travail depuis le 2 janvier 2011. Le Dr L._____ s'est en outre référé aux limitations fonctionnelles décrites dans l'expertise, et a déclaré se rallier aux conclusions de l'expert.

Le 9 avril 2014, le Service de réadaptation de l'OAI a estimé que le revenu sans invalidité était de 68'182 fr. 40 en 2007, et de 72'868 fr. 65 en 2013 après indexation. Quant au revenu avec invalidité, il était

de 50'442 fr. 50 en 2007, et de 45'098 fr. 47 désormais, compte tenu d'une baisse de rendement de 15 % et d'un abattement de 15 %. La spécialiste en réadaptation a précisé à cet égard ne pas tenir compte d'un abattement supplémentaire car la diminution de rendement tenait suffisamment compte des nouvelles limitations fonctionnelles. Elle a encore relevé que des mesures de réadaptation semblaient peu susceptibles de réduire le préjudice de l'assuré. Le taux d'invalidité, après comparaison des revenus, était ainsi de 38,11 %.

Par projet de décision du 23 avril 2014, l'OAI a informé l'assuré, par son conseil, que sa demande de prestations était rejetée.

Le 26 mai 2014, l'assuré a fait part à l'OAI de ses observations. Il a fait valoir que c'était l'appréciation du Dr V._____, selon laquelle il présentait une incapacité de travail à 100 %, qui devait être suivie, et qu'à défaut une contre-expertise devrait être mise en œuvre. Dans une argumentation subsidiaire, il a estimé que c'était un abattement de 20 % au moins sur le revenu d'invalidité qui aurait dû être effectué. Il a également contesté le revenu sans invalidité, en estimant, sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) pour 2010, qu'un ouvrier en génie civil pouvait prétendre à un salaire mensuel de 6'183 francs. Après comparaison des revenus, il était d'avis que son degré d'invalidité était de 46 % et lui donnait droit à un quart de rente.

Par décision du 4 novembre 2014, l'OAI a confirmé son projet du 23 avril 2014. Dans un courrier du même jour, il a pris position sur les arguments soulevés par l'assuré le 26 mai 2014 et confirmé le rejet.

C. Par acte du 8 décembre 2014, K._____, toujours représenté par Maître Michel Chavanne, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière, subsidiairement d'une demi-rente, et plus subsidiairement à son annulation. Dans un premier moyen, il fait valoir que c'est le concours de ses pathologies qui fonde son incapacité de travail totale, estimant que non seulement ses problèmes de

cheville doivent être pris en compte, mais également les effets sur sa capacité de travail des douleurs lombaires avec sciatgie et de la comorbidité malade de la main droite. A ses yeux, l'impossibilité de rester en position assise plus de 30 minutes consécutives l'empêche d'occuper une place de travail sédentaire ou semi-sédentaire, élément n'ayant pas été pris en compte par l'intimé dans sa décision. Il critique ensuite le revenu sans invalidité retenu, estimant que c'est sur la base de l'ESS 2012 que son revenu sans invalidité aurait dû être retenu, estimant sur cette base que c'est, part au 13^{ème} salaire comprise, un revenu mensuel de 6'637 fr. qui devrait être retenu, correspondant à 6'919 fr. compte tenu de 41,7 heures de travail par semaine; son salaire annuel auquel il pourrait prétendre serait ainsi de 83'028 francs. Dans un dernier moyen, le recourant conteste le revenu avec invalidité retenu. Il estime ne pouvoir dégager aucun revenu compte tenu de son incapacité de travail totale, de son âge, de son absence de qualifications professionnelles, de ses connaissances limitées du français, de ses difficultés d'apprentissage et de ses limitations fonctionnelles. Se référant à l'arrêt TF 9C_313/2007 du 8 janvier 2008, il estime qu'il n'existe aucun poste adapté à ses limitations fonctionnelles lui permettant de mettre en œuvre son éventuelle capacité résiduelle de travail dans une mesure significative. Pour lui, il est irréaliste d'envisager qu'un employeur accepte qu'il quitte son poste de travail toutes les demi-heures. Dans une argumentation subsidiaire, il soutient que l'abattement de 15 % est insuffisant et devrait être porté à 25 %: il se réfère à trois arrêts, l'un ayant confirmé un abattement de 20 % dans le cas d'un assuré de 59 ans disposant d'une capacité de travail résiduelle de 50 % (TF 9C_104/2008 du 15 octobre 2008 consid. 4), celui concernant un assuré de 61 ans ayant exercé son emploi durant de nombreuses années auprès de son ancien employeur, pour qui un abattement de 25 % a été retenu (TF 9C_354/2009 du 7 décembre 2009 consid. 5.2), et le cas d'un abattement porté de 15 % à 20 % (TF 9C_390/2011 du 2 mars 2012 consid. 3). Pour lui, si une rente entière ne lui était pas servie, alors il aurait droit, après comparaison des revenus, à une demi-rente, fondée sur un taux d'invalidité de 52 %. A titre de mesures d'instruction, il a demandé la mise en œuvre d'une expertise

judiciaire, ainsi que la production de l'avis médical du SMR du 19 juillet 2013 ainsi que de l'expertise du Dr R._____.

Dans sa réponse du 24 février 2015, l'OAI a proposé le rejet du recours. Il a en particulier relevé, en se référant à la prise de position de la psychologue en réadaptation, que le recourant pourrait notamment exercer des activités industrielles de type surveillance d'un processus de production, alimentation des machines, montages à l'établi sur une chaise assis debout.

En réplique, le 6 mai 2015, le recourant a confirmé ses conclusions. Il fait grief à l'OAI d'avoir ordonné une expertise rhumatologique, alors que c'est finalement une expertise orthopédique qui a été réalisée. Il estime ensuite que sa baisse de rendement est d'au moins 20 %, et non de 15 %, en se référant à l'expertise du Dr R._____, pour qui l'assuré doit avoir deux pauses de 30 minutes par jour ce qui, pour une activité de 8,5 heures par jour, représente 3 pauses de 30 minutes, soit une baisse de rendement de 20 %. Il fait ensuite grief au Dr R._____ d'avoir examiné de manière « très abstraite » la possibilité d'exercer une activité adaptée, vu ses limitations fonctionnelles. Il se réfère dans ce contexte au rapport établi en 2009 par la Fondation I._____, qui avait fait état d'un rendement de 50 % pour un taux d'activité de 50 % dans une activité adaptée. Il estime que les conclusions du rapport de la Fondation I._____ mettent à mal les conclusions du Dr R._____ sur sa capacité de travail, estimant que seule une expertise d'intégration professionnelle est à même de déterminer l'activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il déplore en outre que la psychologue en réadaptation n'ait établi son appréciation qu'après le dépôt du recours, et sur la base du seul dossier, estimant que son droit d'être entendu n'a pas été respecté, dès lors qu'il aurait à tout le moins dû être interpellé. A titre de mesures d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise avec volet rhumatologique, une expertise d'intégration professionnelle, ainsi que la production du rapport de la psychologue en réinsertion professionnelle de l'OAI du 19 février 2015 et le protocole qu'elle a utilisé pour rendre son appréciation.

Le 22 juin 2015, l'OAI a maintenu sa position. Il a joint un avis du Dr Z._____ du SMR du 1^{er} juin 2015, qui a relevé, quant à la spécialité de l'expert, qu'il s'agissait d'investigations demandées pour un problème ostéo-articulaire d'origine dégénératif et post-traumatique, ce qui rentre dans les compétences d'un orthopédiste.

Le 10 juillet 2015, le recourant a répété que l'expertise menée par le Dr R._____ ne répondait pas à ce qui avait été requis par l'OAI. Il a en outre déploré que l'évaluation des capacités de travail faite lors de son stage en atelier auprès de la Fondation I._____ soit exclue sans autre appréciation, requérant une nouvelle expertise dans un autre centre.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision, laquelle détermine l'objet de la contestation (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et 130 V 138 consid. 2.1; cf. également TF 9C_195/2013 du 15 novembre 2013 consid. 3.1, 8C_245/2010 du 9 février 2011 consid. 2 et 8C_627/2009 du 8 juin 2010 consid. 1.2). Dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieux le bien-fondé de la décision de refus de rente d'invalidité rendue le 4 novembre 2014 par l'OAI, suite à la nouvelle demande de prestations déposée le 1^{er} mars 2013 par l'assuré.

3. Dans un grief d'ordre formel qu'il convient d'examiner en premier, le recourant laisse entendre que son droit d'être entendu n'aurait pas été respecté, dans la mesure où il n'aurait pas eu connaissance de l'avis du SMR du 19 juillet 2013, ni de l'expertise du Dr R._____. Il se plaint également d'une violation de ce droit, en tant qu'il n'aurait pas été interpellé ni invité à se déterminer avant que la psychologue en réadaptation ne se prononce, au demeurant en cours de procédure.

a) Le droit d'être entendu, dont la garantie se trouve inscrite à l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101), comprend le droit pour le justiciable de prendre connaissance du dossier, de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à des offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela

est de nature à influencer sur la décision à rendre (cf. ATF 135 I 187 consid. 2.2, 133 I 270 consid. 3.1, 132 V 368 consid. 3.1, et 129 II 497 consid. 2.2 avec les références citées).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (cf. ATF 132 V 387 consid. 5.1 et 127 V 431 consid. 3d/aa). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (cf. ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (cf. ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 et 135 I 279 consid. 2.6.1).

b) Au cas particulier, le recourant explique que l'avis médical du SMR du 19 juillet 2013 et le rapport d'expertise du Dr R. _____ n'auraient pas été « joints à la décision ». Or quoi qu'il en dise, les pièces en question figurent bien dans le dossier de l'intimé, dossier dont il avait loisir de prendre connaissance.

S'agissant ensuite de l'avis de la psychologue en réadaptation, il a été établi et produit dans le cadre de la présente procédure. Cet avis a ensuite été communiqué à l'assuré, sans qu'il ne puisse être fait grief à l'intimé de ne pas l'avoir interpellé respectivement convoqué avant que l'avis ne soit rendu: conformément au ch. 3048 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI) en effet, l'office AI examine les activités professionnelles concrètes qui, en principe, entrent en considération compte tenu des données fournies par le SMR et des autres aptitudes de l'assuré. Il ne lui incombe pas à cet égard d'interpeller un assuré.

On ne peut donc que nier toute violation du droit d'être entendu en lien avec l'administration de preuves essentielles pour l'issue du présent litige.

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). 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 (cf. 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 (cf. art. 6 LPGA in fine).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1).

c) 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. 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, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et les réf. citées; cf. TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; cf. TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (cf. TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_268/2011 loc. cit., avec la jurisprudence citée).

5. a) Selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. Les exigences découlant de cette réglementation doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 68 consid. 5.2.3 et 117 V 200 consid. 4b avec les références; cf. TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b; cf. TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (cf. ATF 117 V 198 consid. 3a; cf. TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Par contre, lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande après un précédent refus de prestations, selon l'art. 87 al. 3 RAI, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la

rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (cf. ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (cf. TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

6. L'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du 1^{er} mars 2013 et a repris l'instruction en ordonnant une expertise, qui a été confiée au Dr R._____. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente – soit la décision du 5 mars 2009 – et la décision litigieuse du 4 novembre 2014, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à une rente AI.

a) Pour statuer sur les prétentions de l'assuré dans le cadre de la première procédure AI, l'office s'est essentiellement fondé sur le rapport médical final du Dr G._____ de la CNA du 5 juin 2007, ainsi que sur l'appréciation du 28 mai 2008 du Dr W._____. Pour ces deux médecins, et cet élément n'est, à juste titre, pas remis en question, la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle de manœuvre sur les chantiers est nulle. Par contre, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était de 100 % dans une activité essentiellement sédentaire, et de 50 % dans une activité semi-sédentaire (cf. rapport précité du Dr W._____, et rapport du Dr Q._____ du SMR du 22 décembre 2008). C'est donc l'atteinte au niveau de la cheville et du pied gauches, et les douleurs en résultant, qui ont conduit les médecins à constater, dans le cadre de la première demande, que l'activité habituelle n'était plus exigible, et que seule une activité adaptée l'était. Cette

appréciation a été confirmée par l'arrêt de la Cour de céans du 6 avril 2011.

b) Pour pouvoir se prononcer sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré, l'OAI a mis en œuvre une expertise auprès du Dr R._____, qui a fait part de ses conclusions sous l'angle orthopédique.

Certes, selon l'avis du Dr L._____ du SMR du 19 juillet 2013, c'est une expertise rhumatologique qui était indiquée. Or le Dr R._____ est spécialiste en chirurgie orthopédique. Il n'en demeure pas moins que l'assuré, d'ores et déjà assisté à ce stade de la procédure, aurait pu réagir et contester la désignation d'un orthopédiste lorsqu'il a été informé, par avis du 9 septembre 2013, du fait que l'expertise serait confiée au Dr R._____. Il n'en a toutefois rien fait. Force est en outre de constater avec le Dr Z._____ du SMR (cf. avis du 1^{er} juin 2015) que les investigations que l'expert a été amené à conduire rentraient dans le champ de compétence d'un orthopédiste. La très large majorité des médecins qui se sont prononcés sur le cas de l'assuré sont au demeurant des spécialistes en orthopédie, tels les Drs S._____, G._____, W._____, et N._____. Le fait que l'OAI ait confié une expertise à un orthopédiste et non à un rhumatologue ne justifie dès lors pas qu'une nouvelle expertise soit diligentée.

Dans son rapport du 3 octobre 2013, le Dr R._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lésion ostéocondrale du dôme talien gauche, d'arthrose de l'articulation sous-talienne gauche, de lombo-cruralgie droite de type irritatif non déficitaire avec spondylarthrose lombaire modeste, ainsi que de persistance de douleurs type « pillar pain » de la paume de la main droite. Dans le cadre de son appréciation du cas, l'expert a expliqué de façon claire et dénuée de contradiction que la pathologie centrale de l'assuré était celle de la cheville gauche, mais il a également relevé que le second problème était celui du rachis, et le troisième point d'examen celui de la douleur résiduelle au niveau de la main droite.

Dans la mesure où, lors de la première demande, seule l'atteinte au niveau de la cheville et du pied gauches était en cause, il ne fait nul doute que la situation de l'assuré s'est modifiée, avec l'apparition de douleurs au niveau du rachis notamment. Reste à déterminer toutefois si les nouvelles atteintes alléguées sont de nature à influencer son droit à la rente.

Tel est le cas de l'avis du Dr V._____, qui estime que son patient est totalement « invalide », compte tenu, d'une part, de sa pathologie de la cheville, et d'autre part de sa pathologie lombaire (cf. rapport du 6 août 2012).

Or le Dr R._____ a repris très en détail le rapport du Dr V._____ du 6 août 2012 dans son rapport d'expertise, et a exposé pour quels motifs il devait s'écarter de son appréciation. Ainsi s'il a admis avec le Dr V._____ que la profession d'ouvrier de chantier ne pouvait plus être exercée, il a estimé qu'une tâche adaptée demeurerait exigible, moyennant le respect des limitations fonctionnelles. S'agissant de celles en lien avec la cheville gauche, il a estimé que l'assuré devait éviter la marche à pied de plus de 500 mètres par jour, celle en terrain irrégulier ou en pente, sur des échelles, des échafaudages ou en milieu dangereux nécessitant la possibilité d'une fuite à pied, ainsi que dans le cadre d'une activité nécessitant l'utilisation de machines à commande à pied. On relèvera que ces limitations fonctionnelles sont largement superposables à celles retenues dans le cadre de la première demande, notamment par le Dr G._____ dans son rapport du 5 juin 2007 (pas de déplacements prolongés ni de marche en terrain irrégulier). Quant aux limitations fonctionnelles en lien avec le rachis, lesquelles n'existaient pas lorsqu'a été instruite la première demande, le Dr R._____ a retenu que l'assuré devait éviter la position statique érigée ou assise de plus de deux heures de façon continue, ce qui se traduisait par une pause de 30 minutes toutes les deux heures; il fallait également éviter le port de charges de plus de 5 kg ainsi que le travail en rotation ou porte-à-faux du tronc. L'alternance des positions assise et debout était conseillée, avec un siège de type haut pour opéré du rachis lombaire avec barre d'appui-pied. En dernier lieu,

concernant l'atteinte à la main droite, laquelle n'est pas nouvelle, dès lors que le Dr G. _____ en faisait déjà état dans son rapport du 5 juin 2007, le Dr R. _____ a retenu comme limitation fonctionnelle l'absence de manipulation d'objet entraînant des chocs de la paume de la main droite (marteau-piqueur, pistolet-revolver) et de manipulation d'objets dangereux.

L'expert a estimé que ces limitations autorisaient une capacité de travail de 42 heures 30 minutes par semaine, avec une baisse de rendement de 15 %, correspondant à deux fois trente minutes de pause par jour, les trente minutes de repos étant à effectuer au bout de deux heures de travail. Dans ce contexte, le recourant estime que c'est une baisse de rendement de 20 % qui aurait en réalité dû être retenue, car une pause toutes les deux heures de 30 minutes pour une activité de 8,5 heures représente trois pauses, et non deux pauses. L'assuré ne peut toutefois être suivi dans ses explications: l'expert justifie en effet les trente minutes de pause toutes les deux heures pour le cas où la position statique, érigée ou assise, serait de deux heures de façon continue. C'est dire que dans l'éventualité où la position statique (assis ou debout) n'était pas maintenue durant deux heures, les trente minutes de pause ne trouveraient pas de justification. Ainsi en retenant une baisse de rendement de 15 % à ce titre, l'expert a tenu compte de l'ensemble des paramètres du cas.

De même, il ne peut être fait grief au Dr R. _____ de n'avoir examiné que très « abstraitement » la possibilité pour l'assuré d'exercer une activité adaptée: l'expert a en effet pris le soin de lister toutes les limitations fonctionnelles susceptibles d'entrer en considération, compte tenu de l'ensemble des atteintes retenues, en se montrant au contraire très détaillé, allant par exemple jusqu'à lister les objets susceptibles d'entraîner des chocs de la paume de la main (marteau-piqueur, pistolet-revolver).

Certes le recourant soutient que les conclusions du rapport de la Fondation I. _____ de février 2009 mettent à mal les conclusions du

Dr R._____. Toutefois, ainsi que cela avait été souligné par arrêt du 6 avril 2011, le rapport de la Fondation I._____, qui comporte l'appréciation de la situation telle qu'observée par un moniteur d'atelier ainsi qu'une conseillère professionnelle n'est, en regard des règles de jurisprudence applicables, pas déterminant, les constatations médicales devant être privilégiées. Les observations des responsables de la Fondation I._____ ont en effet pour partie pu être influencées par des éléments subjectifs tels que plaintes ou mimiques de l'assuré durant son stage. Partant, ces observations ne garantissent pas un compte rendu objectif de la situation de santé du recourant. Il est en effet constant que les données médicales, qui permettent généralement une appréciation objective du cas, l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (cf. TF 9C_28/2012 du 20 juin 2012 consid. 5.2 et les références citées). En effet, le rôle d'un centre d'observation professionnelle n'est pas de se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée et sur les répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail (cf. TF 9C_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4.1). C'est aux médecins qu'il appartient de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, ses limitations fonctionnelles et le type d'activités encore exigibles (cf. ATF 125 V 256 consid. 4) dans la mesure où leur connaissance spécifique de la médecine leur permet de dépasser le stade de la simple observation in situ qui comprend trop de facteurs incontrôlables (cf. TFA I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2) pour emporter à elle seule la conviction dans une situation médicale controversée (cf. TF 9C_31/2010 du 28 septembre 2010 consid. 3 et TF 9C_34/2008 du 7 octobre 2008 consid. 3). Le recourant ne saurait dès lors être suivi lorsqu'il soutient que seule une expertise d'intégration professionnelle serait propre à déterminer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il ne peut non plus soutenir que le rapport de stage de la Fondation I._____ remet en cause le bien-fondé de l'expertise du Dr R._____: celle-ci lui est non seulement postérieure, et a été établie par un spécialiste, mais remplit en outre tous les réquisits jurisprudentiels devant conduire à lui reconnaître pleine valeur probante. Elle a ainsi été établie

sur la base de l'ensemble des pièces du dossier; l'anamnèse du recourant y est décrite avec soin, les plaintes de l'assuré ont été prises en considération, et son status bien détaillé. Elle comporte une appréciation du cas, et des réponses aux questions posées par les parties, réponses qui sont claires et dénuées de contradiction.

Finalement, on voit mal que l'assuré plaide en recours que seuls ses problèmes de cheville auraient été pris en compte: il ressort au contraire de l'expertise du Dr R._____ que l'ensemble de la problématique orthopédique a été prise en considération, et que l'expert ne s'est nullement limité à la cheville gauche. Du reste, il a retenu avec effet sur la capacité de travail, en sus de l'atteinte à la cheville, une atteinte au niveau du rachis sous forme de lombo-cruralgie, ainsi qu'une atteinte à la paume de la main droite compte tenu de la persistance de douleurs de type « pillar pain » à ce niveau. L'expert a au demeurant exposé qu'une position statique pouvait être maintenue durant deux heures, et non pas seulement durant 30 minutes ainsi que le soutient l'assuré.

Sur le vu de ce qui précède, et aucun élément médical ne venant contredire les constatations faites par l'expert, il n'y a pas lieu de s'écarter de ses conclusions. Il convient donc de retenir que l'activité habituelle n'est plus exigible, mais que l'assuré présente, dans une activité adaptée, une pleine capacité de travail, avec une baisse de rendement de 15 %.

c) Dans ces conditions, il n'y a donc pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par le recourant (expertise avec volet rhumatologique, expertise d'intégration professionnelle et production du protocole utilisé par la conseillère en orientation dans le cadre de l'établissement de sa note du 19 février 2015). En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF

9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

7. Reste à se prononcer sur l'aspect économique, singulièrement sur le calcul des revenus pris en compte par l'intimé pour fixer le taux d'invalidité.

a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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.

La notion théorique et abstraite de « marché du travail équilibré » est inhérente au système de l'AI et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA. Cela signifie qu'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 - ce qui revient à l'assurance-chômage -, 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 (cf. TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

b) Conformément à l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation des assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à temps complet. Dans ce contexte, la comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus sans et avec invalidité et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1; cf. TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.2.1; cf. TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

c) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide, en fonction de ses connaissances professionnelles et des circonstances personnelles. Dans ce sens, le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (cf. TF 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 4.4.2 et TFA I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3, avec les références citées).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; cf. TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3 et 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (cf. ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; cf. TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3 et TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; cf. VSI 1999 p. 182). Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 134 V 322 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Le

pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25 % serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2).

d) En l'espèce, l'année de comparaison des revenus est 2013, année de l'ouverture du droit éventuel à la rente (cf. ATF 128 V 174 consid. 4a).

Pour établir le salaire sans invalidité, l'OAI a indexé le salaire que l'assuré réalisait en 2007, conformément aux informations de l'ancien employeur, de 68'182 fr. 40, pour l'arrêter, en 2013, à 72'868 fr. 65. En procédant de la sorte, et dès lors que l'intimé disposait en 2007 de données chiffrées concrètes, communiquées par l'ancien employeur, il convient de constater que le revenu retenu sans invalidité ne prête pas le flanc à la critique, dans la mesure où il correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à ce que l'assuré aurait réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide.

Quant au revenu d'invalidé, l'OAI s'est à juste titre basé sur les données résultant de l'ESS, en l'absence de revenu effectivement réalisé. Dans ce contexte, le recourant soutient n'avoir aucune capacité de gain, et ne pouvoir dès lors dégager aucun revenu. Toutefois, ainsi qu'on l'a vu

(cf. consid. 6 supra), sa capacité de travail dans une activité adaptée est entière, avec une baisse de rendement de 15 %. Il n'avait au demeurant pas atteint l'âge de 60 ans lorsque la décision attaquée a été rendue, respectivement était âgé de 58 ans quand, le 3 octobre 2013, le Dr R. _____ a établi son aptitude à exercer une activité lucrative (cf. ATF 138 V 457). Au demeurant, les activités adaptées envisagées (qualification 4, simples et répétitives) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. Elles sont en outre accessibles malgré une faible compréhension de la langue française. Quant aux difficultés d'apprentissage alléguées, elles n'ont pas empêché le recourant d'œuvrer dans les domaines de l'agriculture puis du bâtiment.

La situation du recourant se distingue par ailleurs de celle ayant donné lieu à l'arrêt TF 9C_313/2007 dont il se prévaut, qui concernait une personne devant éviter de porter des charges supérieures à 1 kg et les mouvements des bras au-dessus de l'horizontale, et qui ne disposait que d'une force de préhension et de serrage limitée: compte tenu de ses limitations fonctionnelles, l'assuré est en effet en mesure d'exercer notamment des activités industrielles de type surveillance d'un processus de production, alimentation de machine ou montages à l'établi sur une chaise assis debout. Au demeurant, le recourant peut travailler deux heures de façon statique sans pause, et non 30 minutes comme il l'allègue. Si les restrictions induites par ses limitations fonctionnelles peuvent limiter dans une certaine mesure les possibilités de retrouver un emploi, on ne saurait considérer qu'elles rendent cette perspective illusoire. Il n'est par ailleurs pas arbitraire d'affirmer que le marché du travail offre un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre important sont adaptées aux limitations du recourant.

S'agissant plus spécifiquement de l'abattement, il convient de constater que là encore, la situation du recourant se distingue de celles ayant donné lieu aux arrêts qu'il cite. S'agissant en premier lieu de l'arrêt TF 9C_104/2008, la juridiction cantonale n'avait pas modifié le taux d'abattement retenu, mais s'était contentée de confirmer celui arrêté par l'autorité administrative à 20 %; il s'agissait en outre d'une personne ne

pouvant œuvrer qu'à temps partiel. Quant à l'arrêt TF 9C_354/2009, il concernait un assuré âgé de presque soixante-et-un ans au moment où la décision administrative avait été rendue, employé depuis près de vingt ans par le même employeur et à qui les nombreuses limitations fonctionnelles observées ne permettaient désormais d'exercer qu'une activité à temps partiel. S'agissant en dernier lieu de l'arrêt TF 9C_390/2011, il concernait lui aussi une recourante dont la capacité de travail résiduelle n'était que de 50 %. Le recourant toutefois est en mesure d'exercer une activité à plein temps, avec baisse de rendement de 15 %.

De la comparaison des revenus sans et avec invalidité, de respectivement 72'868 fr. 65 et 45'098 fr. 45, il ressort une perte de gain de 27'770 fr. 20 correspondant à un taux d'invalidité de 38,11 % $([72'868 \text{ fr. } 65 - 45'098 \text{ fr. } 45] / 72'865 \text{ fr. } 65 \times 100)$.

Un taux d'invalidité de 38 % étant insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité, c'est dès lors à juste titre que l'office intimé a refusé d'octroyer cette prestation au recourant.

10. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5

RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI; cf. art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pour le surplus pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

Le recourant bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Michel Chavanne (cf. art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Invité à produire sa liste des opérations (cf. art. 3 al. 1 RAJ), ce dernier a communiqué le 5 septembre 2016 une liste totalisant 22 heures et 51 minutes, dont 20 heures 57 effectuées par le stagiaire. Après examen des opérations effectuées, le temps consacré au dossier apparaît conséquent, mais correct compte tenu de l'ampleur et de la complexité du dossier. Toutefois, des opérations ne concernant pas la procédure en cours ont été listées (ainsi un courrier à O. _____ ainsi que l' « attention » à une déclaration de renonciation à la prescription). Il n'y a pas lieu non plus de tenir compte des mémos, s'agissant de travail de secrétariat. Les opérations du poste « attention à un courrier », qui ne nécessite qu'une lecture cursive et brève, ne dépassant pas les quelques secondes pour un avocat correctement formé (Bohnet/Martenet, Droit de la profession d'avocat, Berne 2009, n. 2962 p. 1170 et la jurisprudence citée ad n. 873; CACI Juge délégué 19 août 2015/427), ne seront pas prises intégralement en compte. Quant aux débours, ils seront fixés forfaitairement à 100 fr. plus TVA à 8 %. Compte tenu d'un tarif horaire de 180 fr. pour les opérations de Me Chavanne, et de 110 fr. pour celles de son stagiaire, l'indemnité d'office sera ainsi arrêtée globalement à 3'200 fr., débours et TVA compris.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC).

**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 4 novembre 2014 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 laissés provisoirement à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Michel Chavanne, conseil du recourant, est arrêtée à 3'200 fr. (trois mille deux cents francs), débours et TVA compris.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis provisoirement à la charge de l'Etat.
- VI.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente:

La greffière:

Du

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

- Me Michel Chavanne (pour K. _____)
- 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: