

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 avril 2009

---

Présidence de       Mme    THALMANN  
Juges       :    M.    Neu et M. Bonard, assesseur  
Greffière       :    Mme    Trachsel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me François Magnin,  
audit lieu,

et

**OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON  
DE VAUD** (ci-après : l'OAI), à Vevey, intimé.

---

**Art. 8 LPGA, 12 al. 1 LAI, 2 al. 1, 18 al. 1 et 2 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** V.\_\_\_\_\_, né le 20 août 1964 est d'origine portugaise, marié et père d'un enfant né en 1996. Il est arrivé en Suisse en 1988. Dans un premier temps, au bénéfice d'autorisations saisonnières (permis A), il a exercé les activités de maçon et de manoeuvre, avant d'obtenir un permis de séjour (B) le 2 novembre 1993, puis un permis d'établissement (C) le 11 décembre 1995. A partir du 1<sup>er</sup> mars 1996, l'assuré a travaillé comme assistant-concierge au sein de l'entreprise [...] SA, avant que le service de nettoyage de cette société ne soit repris par [...] SA.

Le 14 septembre 1999, V.\_\_\_\_\_ a rempli une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en vue d'obtenir un reclassement dans une nouvelle profession, indiquant être atteint à la colonne lombaire et à la jambe gauche.

Le rapport médical du 19 octobre 1999 du Dr M.\_\_\_\_\_, médecin traitant et spécialiste FMH en médecine interne et néphrologie met notamment en évidence le diagnostic de status après amputation du pied gauche à la suite d'un traumatisme, avec pose d'une prothèse. Ce médecin indique que le traitement a débuté au mois de juin 1997 et que son patient porte une prothèse qui le gêne considérablement dans ses déplacements et qui est à l'origine de douleurs du membre inférieur et de lombalgies. Selon ce praticien, l'assuré, ayant dû changer d'activité, n'est plus à même d'effectuer le travail confié en raison de trop longs déplacements. Il est totalement incapable de travailler depuis le 14 septembre 1999 mais il pourrait toutefois exercer toute activité ne nécessitant pas de déplacements à pied.

Le 16 mai 2000, l'OAI a établi un projet de décision déniaut à l'assuré le droit à des mesures de reclassement et faisant valoir, en bref, que de telles mesures auraient dû être mises en oeuvre pour la première fois bien avant que l'intéressé ne vienne en Suisse. L'office intimé relève également que l'assuré ne présente aucune incapacité de travail dans une

activité ne nécessitant pas des déplacements à pied sur un terrain accidenté.

A la demande du médecin traitant, l'OAI a adressé un questionnaire à l'Hôpital [...]. Le 5 juin 2000, le Dr P.\_\_\_\_\_ et la Dresse X.\_\_\_\_\_, respectivement médecin associé et chef de clinique adjoint auprès de dudit établissement, ont établi un rapport dans lequel ils posent en particulier le diagnostic de lombalgies chroniques persistantes sur troubles statiques et surcharge lombaire basse, dans un contexte de déséquilibre à la marche secondaire à l'amputation traumatique du pied gauche en 1985. Les médecins relèvent en outre que lorsqu'il a commencé à travailler comme concierge chez [...] SA, l'intéressé parvenait à gérer sa problématique lombaire, car aucun effort majeur ne lui était demandé. Avec le changement de direction, l'intéressé s'est vu dans l'obligation d'effectuer des travaux pénibles, tels que tondre le gazon sur un terrain en pente, travailler sur une échelle et couper des arbres, ce qui a favorisé une décompensation rapide des lombalgies et des douleurs au niveau du membre inférieur gauche (MIG). La symptomatologie a augmenté progressivement et le patient a dû interrompre complètement le travail dès le 14 septembre 1999. Après avoir été amputé du pied gauche, il ne s'est adapté que très partiellement à sa prothèse. Ce moyen auxiliaire a permis de compenser le déséquilibre du bassin et de limiter les contraintes lombaires. Cependant, le moignon du pied présente encore des zones d'hyper appui qui sont douloureuses et qui entraînent souvent une décharge partielle de la jambe gauche. Pour autant que les contraintes professionnelles soient adaptées, les médecins estiment que l'intéressé est capable d'assumer son activité sur le plan vertébral. Bien que, radiologiquement, on ne trouve pas de signe d'anomalie structurelle évidente, l'anamnèse et l'examen clinique sont révélateurs d'une souffrance mécanique, provoquée par le déséquilibre secondaire à l'amputation du pied et à la déficience de conscience corporelle.

Le 24 juillet 2000, la Dresse X.\_\_\_\_\_ a complété ce dernier rapport en précisant que l'atteinte à la santé existe depuis 1985 au niveau de la jambe gauche et depuis 1992 au niveau lombaire.

Par décision du 29 juin 2000, identique au projet du 16 mai précédent, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

Le jugement du Tribunal des assurances (TASS AI 213/00 - 241/2001) du 12 octobre 2001 a annulé cette dernière décision, le dossier étant renvoyé à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants. Il y est constaté qu'il est impossible de déterminer si et, le cas échéant, à partir de quel moment les troubles physiques ont entraîné une diminution notable - d'environ 20 % - de la capacité de gain du recourant, le dossier ne contenant aucune donnée concernant le revenu que l'assuré est en mesure de réaliser dans une activité adaptée (revenu d'invalidé). En outre, au sujet de la capacité de travail, il y est relevé qu'il est uniquement établi que le recourant est totalement incapable d'exercer son ancienne profession depuis le 14 septembre 1999. Il appartient ainsi à l'OAI de procéder à un complément d'instruction (art. 57 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]) afin de déterminer avec plus de précision le moment où l'invalidité est survenue. Ainsi, à supposer qu'elle soit bel et bien survenue, l'invalidité éventuelle est nécessairement postérieure au 1<sup>er</sup> mars 1996, de sorte qu'elle remonte à une époque où l'intéressé remplissait les conditions d'assurance prévues à l'art. 6 LAI.

**B.** L'assuré a effectué un stage au COPAI (Centre d'orientation professionnelle AI) du 26 août au 21 septembre 2002. Dans un rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2002, la Dresse E. \_\_\_\_\_ relève qu'en considérant uniquement le handicap physique, les limitations sont très peu importantes et tout à fait compatibles avec la reprise d'une activité allégée, permettant l'alternance des positions, ne nécessitant pas de déplacements répétés. Cette activité pourrait aisément être effectuée à plein temps avec des rendements normaux, vu que les baisses de rendement constatées lors du stage sont secondaires à des facteurs d'ordre psychologique et personnel qu'elle cerne difficilement.

Le 30 octobre 2002, un chantier de l'entreprise [...] Sàrl a été examiné et a fait l'objet d'un rapport de contrôle le 13 novembre 2002 qui révèle que l'assuré était occupé à des travaux de second-œuvre, plâtrerie, gypsage des murs et des plafonds. Celui-ci a déclaré ne travailler sur ce chantier que depuis deux jours. Selon son employeur, il y travaillait depuis un seul jour, selon le chef d'équipe depuis cinq jours et selon un tiers anonyme depuis deux ans.

Une expertise a été confiée au Dr L.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste FMH, qui a déposé son rapport le 25 juin 2003. Lors de son examen du 29 avril 2003, l'expert note une marche avec une boiterie d'épargne importante occasionnant une surcharge lombaire claire. La colonne cervicale présente une discrète limitation fonctionnelle, le moignon présentant une position vicieuse, des zones d'hyper appui avec une mobilité résiduelle du calcaneum qui a tendance à se rétracter et à partir en équin très important et en varus, par prédominance du tendon d'Achille et du jambier postérieur. Le reste du segment osseux antérieur, correspondant probablement à une partie de scaphoïde tarsien, est totalement inutile, fait une saillie à l'extrémité du moignon avec peau hyper fine et sensible qui explique sa difficulté de marche et l'impossibilité d'adapter une prothèse correcte. D'autre part, la faible mobilité résiduelle de l'arrière-pied est plus un handicap qu'un avantage et le meilleur moyen d'améliorer la situation de ce patient est une reprise de cette amputation traumatique du médio-tarse, en réalisant une arthrodeuse tibio-calcanéenne type Boyd ou Pirogoff, associée à un allongement d'Achille et refixation du jambier antérieur sur le squelette osseux, pour retrouver une balance musculaire équilibrée, un appui talonnier de bonne qualité et la possibilité d'adapter une orthèse permettant une déambulation correcte, sans boiterie et sans surcharge lombaire. Avant d'avoir corrigé ce moignon du MIG, il est impossible à l'expert de faire un pronostic quant à une éventuelle reprise de l'activité. Ce dernier estime que la capacité de travail comme aide maçon est nulle et comme aide concierge, qu'elle est au maximum de 50 %. Normalement, un travail assis lui permettant de changer de temps en temps de position, utilisant l'intégrité de ses deux membres supérieurs devrait lui permettre de reprendre une activité à 50

% dans le domaine de tri de pièces, de contrôle de qualité ou tout autre travail ayant les mêmes exigences. Une incapacité de travail de 20 % existe depuis plusieurs mois. Il ajoute que pour quelqu'un de motivé ne cherchant pas à tout prix à justifier une impossibilité de reprendre une quelconque activité professionnelle, le fait de refaire son moignon pour marcher à nouveau normalement et pour soulager son dos, lui permettrait d'acquérir une capacité de travail voisine de 100 % dans un travail adapté.

Dans son rapport du 29 juillet 2003, la Dresse K. \_\_\_\_\_ du Service médical régional AI (ci-après : SMR) atteste une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, telles que l'alternance des positions debout/assise, le port de charges, le travail en position de porte-à-faux du tronc et les déplacements répétés.

Le 23 décembre 2003, l'employeur a informé l'OAI que l'assuré aurait perçu un salaire mensuel de 4'300 fr. versé en treize mensualités avec un horaire hebdomadaire de quarante-deux heures, en 2003.

Le 27 janvier 2004, la division administrative de l'OAI a retenu six DPT (descriptions de poste de travail) qu'elle a considéré comme adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré et dont le salaire moyen annuel s'élève à 50'612 francs.

Par décision du 4 février 2004, l'OAI a rejeté la demande de rente et de mesures professionnelles au motif qu'après comparaison des revenus, le taux d'invalidité n'est que de 9.4 %, soit inférieur aux 40 % donnant droit à un quart de rente.

Le 8 mars 2004, l'intéressé a formé opposition contre cette décision, concluant à l'octroi de trois quarts de rente, au motif que sa capacité de travail n'avoisinerait 100 % dans un travail adapté que si l'on refaisait son moignon pour lui permettre de marcher normalement et de soulager son dos, opération n'ayant pas encore été réalisée. L'OAI a alors procédé à un nouvel examen du cas et deux rapports ont été produits. Le premier date du 23 février 2004 et a été établi par le Dr P. \_\_\_\_\_, qui a

estimé qu'il était difficile de prévoir une activité dont le taux dépasserait les 50 %, dès lors qu'il était fort probable que le patient puisse présenter des blocages intercurrents, intéressant tant le segment lombaire que cervical outre les problématiques liées aux difficultés d'adaptation de la prothèse d'amputation. Le second rapport date, quant à lui, du 26 février 2004 et a été établi par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, qui se rallie aux conclusions de l'expert L.\_\_\_\_\_, soit d'effectuer une correction chirurgicale. Il confirme par ailleurs également son appréciation de la capacité de travail avant cette intervention en ce sens qu'elle est de 50%, dans l'activité d'aide concierge ou dans une activité de tri de pièces, de contrôle de qualité et de tout autre travail ayant les mêmes exigences.

Le 14 février 2005, l'intéressé a été examiné par la Dresse K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive FMH et le Dr F.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste FMH du SMR. Ces derniers mentionnent dans l'anamnèse que l'intéressé s'est séparé d'avec son épouse en août 2004 et que le divorce a été prononcé en août 2005. Ils diagnostiquent un syndrome lombo-vertébral chronique résistant au traitement conservateur, des cervicalgies chroniques résistantes au traitement conservateur et un status vingt ans après amputation traumatique au niveau du tarse du pied gauche. Ces médecins déclarent ne pas comprendre pour quelles raisons la capacité de travail dans un travail adapté devrait être diminuée dès lors que les limitations fonctionnelles ne restreignent pas le rendement de l'assuré et que les douleurs peuvent être facilement soulagées par des antalgiques faibles. Ils estiment en outre qu'une fois le moignon refait, s'il y a succès, la capacité de marche pourra augmenter, mais probablement pas la capacité de travail. Ils notent que les limitations fonctionnelles sont dues pour l'essentiel à des cervicalgies et à des lombalgies sans substrat radiologique. En conséquence, ils attestent une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Un examen psychiatrique a été effectué le 21 avril 2005 par la Dresse U.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, qui diagnostique une difficulté

d'adaptation à une nouvelle étape de la vie et un syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue. Ces diagnostics n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail, laquelle est entière sur le plan psychiatrique.

Le 16 juin 2005, le Dr J.\_\_\_\_\_ observe que la situation est sensiblement la même que celle décrite dans son courrier du 26 février 2004. Le moignon d'amputation de l'assuré est difficile à appareiller en raison de la position vicieuse des os du tarse avec un éperon osseux assez tranchant au niveau de la surface de charge. L'hyper appui que cet éperon crée entraîne un évitement de la charge du MIG, donc une asymétrie de marche qui se répercute au niveau rachidien par des lombalgies rebelles. L'appareillage en place actuellement décharge assez bien cette zone permettant à l'assuré de se déplacer mais l'évitement de la charge du MIG est tout de même constamment présent. Ce médecin a pu constater également un déport à droite du tronc à la marche aussi à des moments où le patient ne se rendait pas compte qu'il était observé. Une autre difficulté de l'appareillage est le maintien d'une décharge adéquate au niveau de l'éperon osseux susmentionné, car avec l'usage de la prothèse les matériaux se déforment et se tassent légèrement, ce qui peut entraver l'efficacité de décharges de saillies. A ceci s'ajoutent les variations de volume qui peuvent survenir sur un moignon traumatique à circulation veineuse perturbée. On recommande généralement dans ces situations une correction chirurgicale du problème de base ce qui a été fait. A ce propos, il déclare soutenir toujours la proposition de correction faite par l'expert L.\_\_\_\_\_, dans son expertise. Quant au rapport d'examen clinique bidisciplinaire du 14 février 2005, le Dr J.\_\_\_\_\_ précise que le MIG, donc le membre amputé, n'est pas d'au moins 2 cm plus long que le droit comme le retient ce rapport, mais de 0,5 cm plus court que le membre inférieur droit, cette différence étant celle que l'on souhaite pour faciliter le passage du pas du membre appareillé. Il explique en outre s'être fondé sur l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_ pour attester une capacité de travail de 50 % et s'être étonné, dans un précédent rapport, que l'OAI ne suive pas les conclusions de l'expert qu'il avait lui-même mandaté.

Le 16 juin 2005, le Dr P. \_\_\_\_\_ estime qu'il était dommage d'avoir scotomisé complètement les difficultés auxquelles le patient était confronté, se limitant entre autre à une notion d'imprégnation éthylique, ce qui jette un regard préjudiciable sur celui-ci. Il ajoute que pour être réellement pertinent et crédible, il aurait fallu également souligner le fait que, durant cette même période d'appréciation fonctionnelle, le patient était suivi d'une part, pour une crise hémorroïdaire imposant finalement une sanction chirurgicale et, d'autre part, que celui-ci souffrait de cervico-brachialgies dans un contexte de spondylodiscarthrose C5-C6 avérée avec microinstabilité sus-jacente. A son avis, l'appréciation quant à une capacité professionnelle adaptée avec une rentabilité à 50 % perdue car aucune réfection du moignon n'a été pratiquée comme cela avait été préconisé par l'expert L. \_\_\_\_\_.

Dans son rapport du 20 juin 2005, la Dresse H. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, écrit notamment que l'assuré présente actuellement un état anxio-dépressif important sans toutefois présenter d'idées suicidaires, la mesure de divorce en cours et l'incompréhension de la décision AI lui refusant un reclassement professionnel, contribuant à cet état dépressif. Cette praticienne est d'avis que la décision doit s'établir vraiment du point de vue orthopédique et que sur ce plan, elle fait entière confiance à ses collègues qui connaissent et suivent l'assuré depuis de nombreuses années. L'état dépressif actuel est secondaire et évoluera probablement favorablement une fois la question orthopédique réglée. Elle estime que l'assuré est apte à travailler dans une activité adaptée, qu'au vu de l'absence d'activité professionnelle depuis de nombreuses années, il lui paraît raisonnable qu'il reprenne une activité progressive et se rallie à l'appréciation d'une capacité de travail de 50 %.

Le 21 juin 2005, les Drs A. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin assistante du Département universitaire [...] diagnostiquent un syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue. Il estiment que la consommation d'alcool rend difficile

l'estimation du tableau dépressif présenté par le patient, tableau qui pourrait être en grande partie en lien avec le problème d'alcool.

La Dresse H. \_\_\_\_\_ relève dans une lettre du 15 juillet 2005 à l'OAI que son patient nie la consommation d'alcool. Elle déclare en outre avoir régulièrement effectué des gammaGT depuis le mois d'octobre 2003 qui se sont toutes avérées normales et que le bilan hépatique effectué le 14 juin 2005, alors que l'assuré faisait état d'une consommation d'alcool augmentée révélait des tests hépatiques normaux.

Par décision sur opposition du 16 août 2005, l'OAI, se fondant sur le rapport des Drs F. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée et a considéré que l'intervention proposée par l'expert n'aurait pas d'incidence sur la capacité de travail.

**C.** V. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette dernière décision par l'intermédiaire de son avocat le 20 septembre 2005, concluant à son annulation, la cause étant renvoyée à l'OAI pour qu'il ordonne des mesures de réadaptation médicales puis, le cas échéant, professionnelles, et alloue au recourant des indemnités journalières dès le 14 septembre 1999, subsidiairement dès la date que justice dira. Se fondant sur les rapports de l'expert L. \_\_\_\_\_ et des Drs J. \_\_\_\_\_, P. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, le recourant soutient en substance qu'il est prématuré de statuer sur son droit éventuel à une rente mais que les mesures de réadaptation prévues aux art. 8ss LAI doivent être mises en œuvre, lesquelles donnent droit au versement des indemnités journalières prévues à l'art. 22 LAI.

Par courrier du 25 octobre 2005, l'OAI a conclu au rejet du recours, précisant que la présente procédure ne pouvait porter que sur le droit à une rente et à des mesures professionnelles, soit les prestations sur lesquelles il a statué dans la décision litigieuse.

**D.** Un complément d'expertise a été confié au mois de décembre 2005 à l'expert L. \_\_\_\_\_, lequel a déposé son rapport le 20 mars 2008. Il

indique que la situation du moignon gauche s'est nettement améliorée depuis l'examen effectué en 2003, mais ceci surtout en raison d'une inactivité complète de ce patient. Il lui paraît cependant clair que dès que ce patient reprendra une activité physique un peu soutenue, augmentant ses déplacements et les contraintes qu'il imposera à son moignon, les points d'appui vont réapparaître, ce qui n'améliorera en rien ses problèmes rachidiens. Il considère donc que l'indication qu'il avait posée en 2003, consistant à corriger la déformation de ce pied varus équin en position plantigrade, soit remettre le calcanéum en position fonctionnelle avec la sole plantaire calcanéenne en bonne position, apte à accepter la charge, moyennant un appareillage plus léger et plus facile à réaliser, est toujours d'actualité. Une fois cette intervention effectuée, il estime qu'une réadaptation professionnelle voire un reclassement professionnel seront plus facilement envisageables dans une activité compatible avec son handicap. A la première question (cf. p. 2 de l'expertise) : *"Quel est actuellement le taux de capacité de travail de M. V. \_\_\_\_\_, dans les activités exercées jusqu'à ce jour ? Dans une activité adaptée ?"*, l'expert a répondu ce qui suit :

*« En tant qu'ouvrier de chantier, sa capacité de travail me semble nulle. En tant que concierge, une activité actuelle me paraît possible à 50%, sans modification de son moignon. En modifiant son moignon, je pense qu'il serait apte à reprendre une activité encore à plus fort pourcentage, avec une limite que j'estime à 25% pour son rachis. Toute autre activité semi-sédentaire ne comportant pas de lourdes charges ni de déplacements dans les terrains inégaux et monter/descendre des échelles ou des escaliers, devrait lui permettre une reprise de travail à 100% en tant que contrôleur de pièces, en tant que magasinier, en tant qu'ouvrier assigné à la production de petites pièces, permettant de changer de position entre debout et assis. N'étant pas un office de placement, il ne m'est pas possible de détailler toutes les situations professionnelles que ce patient serait à même d'exercer compte tenu de son handicap actuel ».*

A la deuxième question du second questionnaire (cf. p. 4 de l'expertise) : *"Cet état de santé est-il de nature à empêcher partiellement l'exercice d'une activité lucrative adaptée? Dans l'affirmative pour quels motifs, selon quel taux en pour-cent et depuis quelle date?"*, l'expert a indiqué :

*« Oui, tant son état dépressif que la situation de son moignon G surchargeant son rachis lombaire l'empêche de reprendre une activité professionnelle lourde comme ouvrier de chantier mais même en l'état*

*actuel, le patient serait apte à travailler à 50% comme concierge ou dans toute autre activité adaptée, tel que décrit dans les réponses du 1<sup>er</sup> questionnaire fourni par le tribunal ».*

Selon l'expert, l'intervention préconisée en 2003, savoir la correction du pied varus équin du recourant pour le remettre plantigrade, ce qui supprimerait l'hyperallongement du MIG, faciliterait son appareillage, diminuerait ses contraintes sur son rachis lombaire et augmenterait de fait de façon assez importante sa capacité de travail résiduelle. Une telle opération est raisonnablement exigible compte tenu de ses chances de succès. Elle nécessite un arrêt de travail minimum de trois mois avec une reprise de capacité de travail partielle pendant encore trois mois. A l'échéance des six mois, le patient devrait pouvoir mettre en exergue toute sa capacité de travail résiduelle compte tenu du handicap de son MIG avec les répercussions qu'il a au niveau de son rachis, ce pour autant que son état dépressif s'améliore également. Une reprise d'activité sur les chantiers serait possible si l'on ne considère que son MIG. Toutefois, compte tenu de ses problèmes rachidiens, cela paraît très aléatoire. Concernant le début de l'incapacité de travail, l'expert explique que d'après le patient, ce dernier n'a jamais repris aucune activité professionnelle depuis le mois de septembre 1999 et qu'il lui est impossible de confirmer cette incapacité de travail totale car, dans les pièces mises à disposition, ce patient a été surpris en train de travailler au noir pour une entreprise de maçonnerie et de gypserie. Il mentionne qu'en constatant son état physique remarquable, le patient ne donne pas l'impression de rester tous les jours de l'année à ne rien faire dans son appartement. Il semble cependant évident, qu'actuellement et depuis son divorce, il est à l'arrêt de travail total.

Les parties se sont déterminées sur ce dernier rapport.

Le 4 octobre 2006, le recourant a produit un rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ qui explique que la situation est sensiblement la même que celle décrite par l'expert dans son rapport de 2003 en raison de la position vicieuse des os du tarse et notamment deux éperons osseux assez tranchants qui, à tour de rôle, posent des problèmes. La proposition de

l'expert de procéder à une correction chirurgicale de l'extrémité du moignon afin de ramener l'os calcanéum dans une position plus physiologique est toujours d'actualité. Cette intervention ramènerait la partie de l'os qui est faite pour supporter des charges, là où elle doit être et placerait au moins l'éperon plantaire hors zone de charge. Dans l'état actuel des choses, il recommande d'éviter des travaux demandant une position debout prolongée. Si l'on considère l'amputation uniquement, le recourant peut effectuer tout travail assis. Toutefois, une problématique rachidienne s'étant greffée au problème de l'amputation, une position assise prolongée est ainsi exclue, ce qui fait qu'il est difficile de trouver une activité permettant de ménager à la fois le dos et le moignon d'amputation.

Le 4 avril 2008, le recourant a également produit un rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ selon lequel son handicap fonctionnel ne se limite pas exclusivement aux séquelles de l'amputation du pied gauche avec posture vicieuse du moignon, expliquant les difficultés de l'adaptation d'une prothèse. Actuellement, le problème principal se focalise sur les difficultés de l'octroi d'une activité professionnelle adaptée réellement aux compétences de l'intéressé. Sur le plan purement vertébral, il existe deux problématiques. Au niveau cervico-scapulaire, on est face à une spondylodiscarthrose C5-C6 avérée avec micro-instabilité sus-jacente, sans atteinte irritative neurogène. Au niveau lombaire, il s'agit par contre d'une surcharge des éléments facettaires postérieurs L3-S1 en rapport avec les troubles posturaux et statiques, reflets des contraintes ascendantes séquelles de son amputation. Actuellement, sur le plan fonctionnel et algique, la situation doit être considérée comme équilibrée car le patient n'est pas soumis à des contraintes notables dans le cadre de ses activités au quotidien. Dans le cas d'une reprise de l'activité professionnelle, celle-ci devrait répondre aux règles habituelles du respect des règles d'hygiène gestuelle et posturale avec une alternance de posture et un « non recours » à des activités contraignantes en zone basse ou haute. L'emploi d'engins vibrants devrait être évité. Les déplacements en terrain irrégulier et les montées ou descentes d'échelle devraient être prohibés. Une activité légère comme celle d'employé d'usine ou de

magasinier pourrait être exigée à hauteur de 50 %. Ce taux de rentabilité est fixé en tenant compte de la problématique de l'appareil locomoteur dans son ensemble.

**E.** Le recourant a confirmé ses conclusions tendant à l'octroi de mesures de réadaptation et à l'octroi d'indemnités journalières depuis le moment où l'invalidité est survenue. Il propose que le versement de celles-ci débute le 14 septembre 1999, ce qui correspond aux conclusions de son recours. Il fait valoir au surplus qu'il n'a jamais, postérieurement au 14 septembre 1999, présenté une capacité de travail supérieure à 50 %.

L'OAI a produit deux avis médicaux du Dr C.\_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint du SMR, datant respectivement des 4 et 28 avril 2008. Ce médecin déclare être entièrement d'accord avec les limitations fonctionnelles retenues par le Dr P.\_\_\_\_\_, qui correspondent d'ailleurs à celles mentionnées par les examinateurs du SMR dans leur rapport du 14 février 2005. Ces derniers retenaient un syndrome lombo-vertébral chronique, des cervicalgies chroniques et un status après amputation du tarse G. Par contre, le Dr C.\_\_\_\_\_ estime qu'il n'y a aucune raison médicale pour que, dans une activité parfaitement adaptée, le rendement ne soit que de 50 %, comme l'allègue le Dr P.\_\_\_\_\_, et pas de 100 % comme l'attestent les Drs K.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ et comme le confirme l'expert L.\_\_\_\_\_. Le Dr C.\_\_\_\_\_ relève que les conclusions de l'expert concernant la capacité de travail dans une activité adaptée rejoignent celles du rapport du SMR précité, la capacité de travail étant entière dans une activité semi-sédentaire, sans port de charges lourdes, ni déplacement en terrain irrégulier ou sur échelles. Après avoir lu le rapport d'expertise, le Dr C.\_\_\_\_\_ conclut que l'opération proposée est de nature à augmenter la capacité de travail de 50 à 75 % dans une activité comme celle de concierge. Elle ne serait toutefois pas modifiée dans celle de maçon (qui est nulle), ni dans une activité parfaitement adaptée où elle est déjà entière sans opération. Enfin, ce médecin ajoute que l'opération ne présente pas un danger pour la vie ou pour la santé de l'assuré.

Le 6 mai 2008, se fondant sur ces derniers avis, l'OAI a conclu au rejet du recours.

**E n d r o i t :**

**1. a)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, est immédiatement applicable dans la présente cause (art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**b)** Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (cf. ATF 127 V 466 consid. 1; 126 V 134 consid. 4b et les références).

Par faits juridiquement déterminants, on entend l'état de fait fixé par une décision, en règle générale, une décision administrative (cf. Kieser, ATSG - Kommentar, Zurich, 2<sup>ème</sup> éd. 2009, ad art. 82 LPGA, p. 1017). En outre, le Tribunal fédéral des assurances apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (cf. ATF 121 V 362 consid. 1b).

Le cas d'espèce est, en conséquence, régi, du point de vue matériel, par les dispositions de la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, eu égard au fait que la décision sur opposition - qui fixe définitivement l'état de fait - date du 16 août 2005. D'autre part, les dispositions de droit matériel de la nouvelle du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de l'AI) ne sont pas applicables au présent litige, la décision litigieuse ayant été rendue avant son entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2008.

**c)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée du 16 août 2005, reçue le 22 août 2005 par le recourant, le recours est déposé en temps utile. Il est en outre recevable en la forme (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]).

**2.** Le recourant conclut notamment à l'annulation de la décision attaquée, le dossier étant renvoyé à l'OAI pour qu'il ordonne des mesures de réadaptation médicales et alloue des indemnités journalières. L'OAI soutient que le recours ne peut porter que sur le droit à la rente et aux mesures professionnelles, seules questions tranchées dans la décision attaquée.

Toutefois, l'OAI ne pouvait statuer sur le droit à la rente sans examiner la mesure médicale de réadaptation. Il a d'ailleurs examiné cette question en p. 3 de la décision attaquée et, se fondant sur l'avis du SMR, a retenu que « l'opération préconisée ne saurait avoir d'incidence » sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il a ainsi implicitement rejeté la mesure médicale de réadaptation et partant le droit à des indemnités journalières.

En conséquence, les conclusions du recourant sont recevables et il y a lieu d'examiner son droit à une mesure médicale de réadaptation et à des indemnités journalières.

**3.** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Selon la jurisprudence, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment 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 expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid 3a p. 352, TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; ainsi il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les réf.; VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc). Il convient cependant de relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007, consid. 5.2).

**4.** En ce qui concerne la capacité de travail du recourant, l'OAI, se fondant sur les rapports d'examens cliniques établis par les médecins du SMR, l'a fixée à 100 % dans une activité adaptée à l'état de santé somatique, soit à un travail semi-sédentaire avec alternance des positions assise et debout sans port de charges supérieures à 15 kg, travail en

porte-à-faux ou en antéflexion du tronc et sans marche de plus de quinze minutes.

**a)** Sur le plan psychiatrique, la Dresse U.\_\_\_\_\_ n'a pas retenu d'incapacité de travail. Certes, son rapport en tant que tel est dénué de valeur probante puisqu'à l'époque, elle se prévalait à tort du titre de « psychiatre FMH » alors qu'elle n'était pas au bénéfice d'une autorisation de pratiquer sur le plan cantonale (TF I 65/07 du 31 août 2007 ; TASs VD du 4 mars 2008 [AI 231/07 - 104/2008], consid. 3a; TASs VD du 9 janvier 2008 [AI 352/07 - 35/2008], consid. 3b). Cependant, les médecins du Département universitaire [...] ne retiennent pas non plus d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. En outre, la Dresse H.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 20 juin 2005, constate un état anxio-dépressif important sans présence d'idées suicidaires, dû notamment à la procédure de divorce en cours et à l'incompréhension face au refus de l'OAI de lui octroyer un reclassement professionnel. Cette praticienne est toutefois d'avis qu'il faut se concentrer essentiellement sur les questions orthopédiques, l'état dépressif actuel étant secondaire à tout ce qui se passe et évoluera probablement favorablement une fois le litige réglé. Elle estime que l'assuré est apte à travailler dans une activité adaptée. Au vu de l'absence d'activité professionnelle depuis de nombreuses années, il lui paraît raisonnable que le recourant reprenne une activité progressive et se rallie à l'appréciation d'une capacité de travail de 50%. Certes, dans son complément d'expertise du 20 mars 2008, l'expert L.\_\_\_\_\_ mentionne un état dépressif important. La cour de céans ne peut toutefois prendre en considération que les faits existant au moment de la décision attaquée, soit jusqu'au 16 août 2005. En conséquence, aucune incapacité de travail ne peut être retenue sur le plan psychiatrique.

**b)** Sur le plan physique, l'expert L.\_\_\_\_\_ a noté dans son rapport du 25 juin 2003 une marche avec une boiterie d'épargne importante occasionnant une surcharge lombaire claire. Il estime qu'avant d'avoir corrigé le moignon du MIG, la capacité de travail comme aide maçon est nulle, comme aide concierge, elle est d'au maximum 50 % et dans un travail assis permettant de changer de temps en temps de

position, l'intégrité des deux membres supérieurs étant utilisée (par ex. le tri de pièces, le contrôle de qualité ou tout autre travail ayant les mêmes exigences), elle est de 50 %. Selon l'expert, une incapacité de travail de 20 % existe depuis plusieurs mois. Il ajoute que le fait de refaire le moignon, est de nature à permettre au recourant de marcher normalement, de soulager son dos, et serait à même de lui rendre une capacité de travail voisine de 100 % dans un travail adapté. Dans son rapport du 20 mars 2008, l'expert indique que la situation du moignon gauche s'est nettement améliorée depuis l'examen de 2003, ceci surtout en raison d'une inactivité complète du patient (d'après ses dires). Il lui paraît cependant clair que dès que le recourant reprendra une activité physique un peu soutenue, augmentant ses déplacements et les contraintes qu'il va imposer à son moignon, les points d'appui vont réapparaître, ce qui n'améliorera en rien les problèmes rachidiens. Il ne retient donc pas d'amélioration de l'état de santé du recourant. Contrairement à ce qu'écrivait le Dr C.\_\_\_\_\_, l'expert ne retient pas une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dans l'état actuel du MIG, mais seulement après l'intervention qu'il préconise. En effet, si la réponse qu'il donne à la première question (p. 2 de l'expertise ; cf. supra, p. 10) pourrait éventuellement permettre un doute, celui-ci est levé par la réponse qu'il donne à la seconde question du deuxième questionnaire (p. 4 de l'expertise) à savoir qu'en l'état actuel, le patient serait apte à travailler à 50 % comme concierge ou dans toute autre activité adaptée, tel que décrite dans les réponses du premier questionnaire fourni par le tribunal (cf. supra, p. 10). L'expert a ainsi confirmé les conclusions de son premier rapport.

Les conclusions de l'expert L.\_\_\_\_\_ sont partagées par celles des deux autres spécialistes que sont les Drs J.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_. En revanche, les Drs K.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ du SMR estiment que les limitations fonctionnelles ne restreignent pas le rendement de l'assuré et que les douleurs peuvent être facilement soulagées par des antalgiques faibles. Ils notent que les limitations fonctionnelles sont dues pour l'essentiel à des cervicalgies et lombalgies sans substrat radiologique. Ils en concluent que la capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Ils n'étaient toutefois par leurs conclusions au contraire du Dr J. \_\_\_\_\_ qui explique que dans l'état actuel des choses, il faut éviter des travaux demandant une position debout prolongée si l'on considère l'amputation uniquement, le recourant pouvant effectuer tout travail assis. Il précise en outre qu'une problématique rachidienne s'étant greffée au problème de l'amputation qui exclut une position assis prolongée, il est difficile de trouver une activité permettant de ménager à la fois le dos et le moignon d'amputation. De même, le Dr P. \_\_\_\_\_, qui prend en compte la problématique de l'appareil locomoteur dans son ensemble, estime que dans une activité légère comme employé d'usine ou magasinier, une activité à 50 % pourrait être exigée.

**c)** En définitive, les conclusions peu motivées des Drs K. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, ne peuvent être suivies. Il convient bien plutôt de se rallier à celles de l'expert et des Drs J. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_, et ainsi de retenir une capacité de travail de 50 % dans la dernière activité exercée par le recourant comme dans toute activité adaptée d'ailleurs.

**5.** Il convient ensuite d'examiner depuis quelle date cette incapacité de travail est avérée, le recourant soutenant que tel est le cas depuis le 14 septembre 1999.

Le 5 juin 2000, le Dr P. \_\_\_\_\_ et la Dresse X. \_\_\_\_\_ ont estimé que V. \_\_\_\_\_ était capable d'assumer son activité sur le plan vertébral, pour autant que les contraintes professionnelles soient adaptées. En outre, le recourant a travaillé sur un chantier en effectuant des travaux de maçonnerie jusqu'au 13 novembre 2002. Dans son rapport du 25 juin 2003, l'expert L. \_\_\_\_\_, qui a examiné le recourant le 29 avril 2003, atteste une incapacité de travail de 50 % dans son activité d'aide concierge ainsi que dans toute autre activité adaptée. Il souligne par ailleurs qu'une incapacité de travail de 20% existe depuis plusieurs mois. Enfin, dans son complément d'expertise établi le 20 mars 2008, l'expert mentionne que depuis son divorce en 2005, le recourant est certainement à l'arrêt de travail total. Il confirme toutefois le taux d'incapacité de travail retenu dans son rapport de 2003.

Compte tenu de ces éléments et dès lors qu'il n'y a pas d'incapacité de travail de plus de 20 % démontrée avant que le recourant ait été examiné par l'expert, il y a lieu, au stade de la vraisemblance prépondérante, de retenir une incapacité de travail de 50 % dans l'activité d'aide concierge, ce depuis le 29 avril 2003, date de l'examen du recourant par l'expert.

**6.** Il faut finalement examiner si l'opération proposée par l'expert doit être prise en charge par l'OAI.

**a)** Selon l'art. 12 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003), l'assuré a droit aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle et sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou à la préserver d'une diminution notable.

En règle générale, on entend par traitement de l'affection comme telle, la guérison ou l'amélioration d'un phénomène pathologique labile. L'assurance-invalidité ne prend en charge, en principe, que les mesures médicales qui visent directement à éliminer ou à corriger des états défectueux stables, ou du moins relativement stables, ou des pertes de fonction si ces mesures permettent de prévoir un succès durable et important au sens de l'art. 12 LAI (ATF 120 V 279 consid. 3a et les références).

Aux termes de l'art. 2 al. 1 RAI (Règlement sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), sont considérés comme mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI notamment les actes chirurgicaux, physiothérapeutiques et psychothérapeutiques qui visent à supprimer ou à atténuer les séquelles d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - caractérisées par une diminution de la mobilité du corps, des facultés sensorielles ou des possibilités de contact - pour améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou la préserver d'une

diminution notable. Les mesures doivent être considérées comme indiquées dans l'état actuel des connaissances médicales et permettre de réadapter l'assuré d'une manière simple et adéquate.

**b)** En l'espèce, la mesure préconisée par l'expert consiste en la correction du moignon, qui nécessite un arrêt de travail minimum de trois mois avec une reprise de la capacité de travail partielle pendant encore trois mois.

Les Drs F. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ considèrent qu'une fois le moignon refait, s'il y a succès, la capacité de marche pourra augmenter, mais probablement pas la capacité de travail. Ils notent que les limitations fonctionnelles sont dues pour l'essentiel à des cervicalgies et lombalgies sans substrat radiologique. Toutefois l'expert L. \_\_\_\_\_ a expliqué que l'état du moignon avait pour conséquence une marche avec une boiterie d'épargne importante qui occasionnait une surcharge lombaire claire. La correction du pied varus équin du recourant pour le remettre plantigrade aurait pour effet de supprimer l'hyperallongement du MIG, de faciliter son appareillage et de diminuer les contraintes sur son rachis lombaire. De l'avis du Dr J. \_\_\_\_\_, l'hyper appui que cet éperon crée, entraîne un évitement de la charge du MIG, donc une asymétrie de marche qui se répercute au niveau rachidien par des lombalgies rebelles. L'intervention projetée n'aura donc pas pour seul effet de faciliter la marche mais aussi d'améliorer les troubles lombaires subis par le recourant. Elle aura ainsi pour conséquence, d'augmenter considérablement et durablement sa capacité de travail puisque celle-ci pourra être de 100 % dans une activité adaptée au lieu de 50 %. Une telle opération est raisonnablement exigible de la part du recourant âgé aujourd'hui de 45 ans. Enfin, le Dr C. \_\_\_\_\_ relève que dite opération ne présente pas un danger pour la vie ou pour la santé de l'assuré.

**c)** En conséquence, la mesure médicale de réadaptation préconisée par l'expert doit être prise en charge par l'OAI.

**7.** Quant aux indemnités journalières, l'art 18 al. 1 et 2 RAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, prévoit que l'assuré qui présente une incapacité de travail de 50 % au moins et qui doit attendre le début de prochaines mesures de réadaptation, a droit, durant le délai d'attente, à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité s'ouvre au moment où l'OAI constate, sur la base de l'instruction, que des mesures de réadaptation sont indiquées, mais en tout cas quatre mois après le dépôt de la demande.

En l'espèce, l'incapacité de travail a débuté le 29 avril 2003 à raison de 50 % dans la dernière activité exercée d'aide concierge. Le recourant a dès lors droit, dès cette date, à des indemnités journalières dans cette mesure.

**8. a)** Au vu de ces éléments, il y a lieu d'admettre le recours, la décision attaquée étant réformée en ce sens que l'OAI doit prendre en charge la mesure médicale préconisée par l'expert L.\_\_\_\_\_, des indemnités journalières dans l'attente de cette intervention étant versées à raison de 50 % dès le 29 avril 2003.

**b)** Obtenant gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens dont le montant - qui doit être déterminé au regard de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA) - peut être arrêté, en équité, à 2'500 francs.

Le présent arrêt est rendu sans frais (art. 52 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis
  
- II.** La décision attaquée est réformée en ce sens :
  - l'OAI doit prendre en charge la mesure médicale préconisée par l'expert,
  - des indemnités journalières dans l'attente de cette intervention sont versées à raison de 50 % dès le 29 avril 2003.
  
- III.** L'OAI versera au recourant, soit à son conseil, la somme de 2'500 fr (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.
  
- IV.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me François Magnin, à Lausanne (pour V. \_\_\_\_\_) ;
- Office cantonal de l'assurance-invalidité pour le canton de vaud, à Vevey ;
- OFAS, à Berne

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 :