

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 mai 2012

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : M. Gasser et Mme Feusi, assesseurs
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

M. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Michel Dupuis,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) M._____, né en 1964, sans formation professionnelle, travaillait comme manœuvre dans la construction pour le compte de l'agence intérimaire [...] Sàrl depuis le 3 mars 2008. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA).

Le 21 mars 2008, il a été victime d'une chute dans les escaliers de son appartement avec réception sur le talon gauche, entraînant une fracture du calcanéum gauche, traitée par botte plâtrée avec décharge durant trois mois (rapport médical LAA initial du 14 mai 2008 du Dr Q._____, médecin assistant au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur de l'hôpital J._____). Depuis cet accident, l'assuré n'a pas repris son travail et son contrat de travail a pris fin le 24 juillet 2008. La CNA a alloué des indemnités journalières et pris en charge le traitement médical.

Dans un rapport du 12 novembre 2008, le Dr V._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a relevé que l'assuré présentait une fracture de peu de gravité : la cheville gauche était calme, l'arrière-pied était normo-axé, les amplitudes articulaires étaient complètes, mais il y avait une légère amyotrophie du mollet gauche. Toutefois, l'intéressé se plaignant de douleurs persistantes et importantes au talon, le Dr V._____ a préconisé une prise en charge à la Clinique L._____. L'assuré y a finalement séjourné du 26 novembre au 19 décembre 2008 en vue d'une rééducation et d'une évaluation des capacités fonctionnelles. Dans un rapport de synthèse du 16 janvier 2009, les Drs N._____, médecin adjoint du service de réadaptation de l'appareil locomoteur, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et FMH en chirurgie orthopédique et F._____, médecin hospitalier, se référant notamment au rapport du 19 décembre 2008 du Dr W._____, médecin consultant, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, ont retenu sur le

plan médical que la fracture du calcanéum gauche, non déplacée, était consolidée, avec de bons rapports articulaires et que la marche démonstrative du patient n'était pas expliquée par les données radiologiques. Le bilan biologique ne montrait en outre pas de syndrome inflammatoire. D'un point de vue orthopédique, il n'y avait pas d'investigation supplémentaire à effectuer. Les Drs N. _____ et F. _____ ont estimé qu'avec un chaussage adapté, un essai de reprise de l'ancienne activité devait être réalisé à partir de la fin mars 2009, si possible initialement à 50 %. Sur la base des données objectives, une reprise à terme d'une pleine capacité de travail apparaissait réaliste. En cas d'échec de l'essai en raison de douleurs, il y avait lieu de discuter d'une réorientation professionnelle. Dans un travail sans port de charges lourdes de plus de 20 kg et sans marche en terrain inégal, la capacité de travail était complète. Les Drs N. _____ et F. _____ ont enfin mis en évidence une dyslipidémie (concentration anormalement élevée de lipoprotéines ou de lipides dans le sang) et une suspicion de cardiopathie ischémique de stress modéré en rapport avec un tabagisme important comme facteurs de comorbidité.

Dans un rapport du 7 avril 2009, le Dr P. _____, spécialiste FMH en chirurgie, remplaçant du médecin d'arrondissement, a retenu les éléments suivants :

"Chez cet assuré de 45 ans, manœuvre en bâtiment, nous sommes à un peu plus d'un an d'un traumatisme mineur de la région calcanéenne gauche avec une fracture de la partie postérieure du calcanéum visible exclusivement sur scanner.

L'examen clinique est superposable aux constatations des médecins de la Clinique L. _____. Il n'y a aucun élément en faveur d'une algodystrophie. La situation n'a guère évolué depuis le séjour à [...] et il persiste une importante discordance entre les plaintes exprimées et les constatations cliniques et radiologiques.

Dans ces conditions, il semble peu probable que l'on puisse envisager une reprise de travail dans son activité antérieure. Une pleine capacité de travail pourrait lui être reconnue dans une activité légère, sans terrain inégal et sans port de charge excédant 20 kg.

Du point de vue thérapeutique, la poursuite de la physiothérapie ne paraît plus indispensable".

Dans un rapport du 11 juin 2009 faisant suite à un examen médical final, le Dr V._____ a mis en évidence une importante discordance entre le handicap affiché et les constatations objectives de l'examen radio-clinique. Du point de vue thérapeutique, il n'y avait rien à entreprendre. En outre, le bien-fondé d'un reclassement n'était pas formellement établi et les limitations fonctionnelles, au demeurant, peu importantes, qui avaient été reconnues à l'intéressé étaient discutables. Enfin, aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité n'était due, les séquelles étant minimales, voire inexistantes.

b) Par décision du 2 juillet 2009, la CNA a considéré que selon les renseignements médicaux en sa possession, l'assuré ne présentait plus aucune séquelle de l'accident justifiant une incapacité de travail, raison pour laquelle il y avait lieu de mettre fin au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 juillet 2009. En l'absence d'handicap important et de perte de gain due à l'accident, les conditions requises pour l'octroi d'une rente d'invalidité n'étaient pas remplies. Enfin, à défaut d'atteinte importante et durable à l'intégrité physique, mentale ou psychique, aucune indemnité ne pouvait être versée.

c) Dans l'intervalle, soit en date du 3 mars 2009, M._____ a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) tendant à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle.

Par communication du 2 juin 2009, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'intervention précoce du 8 juin au 3 juillet 2009 sous forme d'une orientation professionnelle à 100 % auprès de l'établissement E._____, à [...], afin de le soutenir et de l'orienter vers une nouvelle activité professionnelle adaptées à ses limitations fonctionnelles.

Dans un rapport d'orientation du 6 juillet 2009, l'établissement E._____ a conclu que l'assuré pouvait effectuer des activités manuelles

simples et légères, en position assise, s'il avait la possibilité de se lever et de bouger de temps en temps.

Dans un rapport médical du 26 juillet 2009, le Dr K._____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a estimé que le diagnostic de fracture du calcanéum gauche non déplacée avait une influence sur la capacité de travail de l'intéressé. Il a ajouté qu'une activité peu exigeante sur le plan physique était en tous les cas exigible. Il a conclu que son patient devait être évalué par des médecins du Service médical régional de l'OAI (SMR) d'une manière pluridisciplinaire, c'est-à-dire dans le cadre d'un examen orthopédique et psychiatrique.

Au vu de ces éléments, l'OAI a sollicité l'avis du SMR. Dans un rapport du 27 juillet 2009, le Dr C._____ a confirmé l'appréciation de la CNA. Il a dès lors retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée soit excluant le port de charges lourdes, la station debout prolongée et les déplacements sur sol irrégulier.

d) Par communication du 29 juillet 2009, l'OAI a octroyé à l'assuré une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi.

Par décision du 25 septembre 2009, confirmant un projet de décision du 29 juillet 2009, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité, estimant que le préjudice économique subi par l'assuré était inférieur à 40 %. Ainsi, sur la base d'un revenu mensuel de 4'732 fr., selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2006 (ESS), dans une activité simple et répétitive (secteur privé; production et services), compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2006 (41.7 heures), de l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2009 (+1.60 % + 2.07 % + 1.35 %) et d'un abattement de 10 %, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 55'996 fr. 40 en 2009. Un tel revenu, comparé à un revenu hypothétique sans invalidité de 58'006 fr,

mettait en évidence un taux d'invalidité de 3.58 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

B. a) Par acte de son mandataire du 22 octobre 2009, M. _____ recourt contre cette décision, en concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'une rente entière lui soit allouée. Subsidiairement, il conclut à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Le recourant soutient qu'il présente une incapacité complète de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée en raison de son état de santé, conclusion à laquelle ont également abouti les médecins de la Clinique L. _____. Il sollicite dans ce contexte la mise en œuvre d'une expertise médicale susceptible de préciser ses atteintes physiques notamment cardiovasculaires et de déterminer sa capacité de travail, partant ses possibilités de revenus.

b) Par décision du 24 novembre 2009, le Bureau de l'assistance judiciaire a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure en cours avec effet au 22 octobre 2009 et désigné Me Michel Dupuis en qualité d'avocat d'office.

c) Dans sa réponse du 15 janvier 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, estimant que le rapport de la Clinique L. _____ était clair, en ce sens que l'incapacité de travail attestée jusqu'à la fin mars 2009 concernait uniquement l'activité habituelle de manœuvre.

d) Dans sa réplique du 1^{er} février 2010, le recourant a précisé qu'il n'avait jamais été en mesure de reprendre une quelconque activité depuis le 21 mars 2008 et qu'il présentait depuis lors une incapacité de travail complète pour une durée indéterminée. Par ailleurs, ses limitations fonctionnelles l'empêchaient pratiquement de retrouver un travail en rapport avec son état de santé. Il a en outre confirmé ses réquisitions relatives à la mise en œuvre d'une expertise et de l'audition des

Drs K._____ et B._____, respectivement ancien et actuel médecin traitant.

e) Dans sa duplique du 25 février 2010, l'intimé a confirmé son écriture du 15 janvier 2010.

f) Dans l'intervalle, dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-accidents, la CNA a, par décision sur opposition du 23 décembre 2009, confirmé sa décision du 2 juillet 2009. Saisi d'un recours de l'assuré formé le 19 janvier 2010 par l'intermédiaire de son conseil, le Tribunal des assurances a, par jugement du 17 mai 2011 (AA 8/10 - 62/2011) admis le recours précité et renvoyé la cause à la CNA pour instruction complémentaire, motif pris *"qu'il persiste un certain doute sur la possibilité pour le recourant de reprendre une activité professionnelle à un taux de 100 %, même dans une activité adaptée. Les appréciations de la Clinique L._____ ne s'avèrent pas catégoriques, de sorte qu'à défaut de disposer des renseignements médicaux utiles, la cour de céans n'est pas en mesure de statuer sur le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité"*.

g) Reprenant l'instruction du dossier, la CNA a mandaté le Dr Z._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, pour la réalisation d'une expertise. Dans son rapport du 15 novembre 2011, l'expert a tout d'abord relevé que l'assuré avait arrêté tous les traitements, mis à part la poursuite de AINS et/ou d'un antalgique. Il avait certes consulté le Dr K._____, puis le Dr X._____, lequel avait prescrit une série de séances de physiothérapie en 2010, mais n'avait bénéficié d'aucun traitement pour sa cheville depuis juillet 2009. S'agissant de l'appréciation du cas, le Dr Z._____ a exposé ce qui suit :

"Sur le plan orthopédique, suite à l'événement du 21.03.2008 il est prouvé que ce patient a fait une fracture du calcanéum. Cette dernière cependant n'était quasiment pas déplacée et surtout très postéro-interne, ne touchant pas l'articulation sous-astragalienne. Cette fracture n'a pas induit non plus de modification de l'angle de Boehler ou de Meiri qui aurait pu entraîner un trouble statique de décompensation secondaire du médiotarse.

Comme les derniers examens effectués dans le cadre de cette expertise, soit des radiographies standard, une scintigraphie osseuse et une IRM, ne montrent aucun état inflammatoire résiduel séquellaire à cette fracture, on peut considérer que la situation est stabilisée sans séquelle. Au vu des documents en notre possession, en particulier du CT-scan du 02.12.2008, il est probable que cette stabilisation était déjà présente début 2009 et au plus tard à l'examen final chez le médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a eu lieu le 11.06.2009.

Je n'ai donc pas d'explication orthopédique aux plaintes persistantes, si ce n'est quelques troubles légers dégénératifs préexistants à l'événement accidentel, et un début de tendinopathie archilléenne due à l'âge.

En conclusion, les suites de l'événement accidentel du 21.03.2008 peuvent être considérées comme guéries. En conséquence je n'ai aucun traitement orthopédique à proposer. Ceci implique qu'elles ne justifient plus aucune incapacité de travail, même dans son ancienne profession d'ouvrier du bâtiment. Un reclassement professionnel, toujours sur le plan accidentel, ne se justifie pas. Ces affirmations vont dans le même sens que ce qui avait été écrit dans la lettre de sortie de la Clinique L._____ et lors du contrôle final du médecin d'arrondissement de la SUVA en 2009".

L'expert a dès lors posé les diagnostics de status après fracture de la partie postéro-interne extraarticulaire du calcanéum gauche, peu déplacée, suite à une chute dans les escaliers et traitée conservativement avec bonne consolidation et de douleurs persistantes, continues, de l'arrière-pied gauche, surtout postéro-internes, d'origine indéterminées, limitant subjectivement les possibilités de déplacement et la durée de la position assise.

h) Invité par le juge instructeur de la présente cause à fournir d'éventuelles observations, suite à la production du dossier de la CNA, l'intimé, a, par courrier du 9 février 2012, proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

i) Dans ses observations du 10 février 2012, le recourant a transmis sa prise de position du 12 janvier 2012 qu'il avait produite dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-accidents à l'encontre des conclusions du Dr Z._____.

j) Le 14 février 2012, le Tribunal a informé les parties du fait que sauf nouvelle réquisition, un jugement serait rendu.

E n d r o i t :

1. Interjeté le 22 octobre 2009, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]). Il respecte en outre les autres exigences légales de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), si bien qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. En l'espèce, est litigieuse la question de l'évaluation du taux d'invalidité à laquelle a procédé l'intimé. Il s'agit dès lors d'examiner si celle-ci est conforme aux règles légales applicables, ainsi qu'aux principes dégagés par la jurisprudence en la matière.

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 (art. 8 al. 1 LPGA et 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 (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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

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 (ATF 125 V 256 consid. 4; 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 (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

c) Cela étant, selon la jurisprudence, 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; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2).

3. En l'espèce, pour se prononcer sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, l'intimé s'est fondé sur l'ensemble des rapports médicaux figurant au dossier notamment ceux des Drs W._____ (19 décembre 2008) et V._____ (rapports des 12 novembre 2008 et 11 juin 2009), ainsi que celui de la Clinique L._____ du 16 janvier 2009. Le recourant en conteste la valeur probante estimant qu'une expertise doit être mise en œuvre afin d'évaluer son état de santé et ses possibilités effectives de travail. Il critique implicitement l'absence de diagnostic ayant valeur d'invalidité, au motif qu'une totale incapacité de travail a été attestée. Enfin, il soutient que les limitations fonctionnelles qu'il présente, l'empêchent pratiquement de retrouver un travail en rapport avec son état de santé.

a) Dans le cadre de son recours, M._____ n'a pas démontré qu'il existerait au dossier une appréciation médicale objective mieux fondée que les éléments retenus par l'intimé, et qui justifierait la mise en œuvre d'une mesure d'instruction complémentaire. L'ensemble des praticiens consultés n'a ainsi jamais exclu la reprise de toute activité adaptée. Dans son rapport du 19 décembre 2008, le Dr W._____ a

estimé que malgré une discrédance entre la fracture et le tableau clinique, le patient pouvait reprendre un travail sur un chantier. Il a uniquement envisagé une reconversion professionnelle en cas de persistance des douleurs. En tout état de cause, - quoiqu'en dise le recourant - le Dr W._____ a clairement attesté une pleine capacité de travail dans un travail léger, élément confirmé par les Drs N._____ et F._____ dans leur rapport de synthèse du 16 janvier 2009 qui ont retenu que l'état du pied gauche de l'assuré n'entraînait plus d'incapacité de travail dans une activité adaptée, au plus tard une année après le début de l'incapacité de travail, soit dès la fin mars 2009. L'assuré a été examiné le 7 avril 2009 par le Dr P._____ qui a exclu la reprise de l'activité de manœuvre sur des chantiers, en raison de la persistance d'une importante discordance entre les plaintes exprimées et les constatations cliniques et radiologiques. Il a dès lors retenu qu'une pleine capacité de travail devait être reconnue dans une activité adaptée, soit respectant certaines limitations fonctionnelles. Par la suite, le Dr Z._____ (rapport d'expertise du 15 novembre 2011, p. 17), a confirmé dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-accidents que les suites de l'événement accidentel du 21 mars 2008 ne justifiaient plus aucune incapacité de travail même dans l'ancienne profession d'ouvrier en bâtiment, appréciation confirmant les positions antérieures de la Clinique L._____ (rapport du 16 janvier 2009) et du Dr V._____ (rapport du 11 juin 2009). En effet, l'expert a relevé que les derniers examens effectués ne montraient aucun état inflammatoire résiduel séquellaire au niveau de la fracture de la partie postéro-interne extraarticulaire du calcanéum gauche, stabilisation qui était déjà présente début 2009, voire au plus tard lors de l'examen final pratiqué par le Dr V._____ le 11 juin 2009, soit postérieurement à l'examen du Dr P._____ (rapport du 7 avril 2009). En l'absence de tout avis médical contraire sérieusement motivé concluant à l'absence de capacité de travail dans une activité adaptée, il n'y a pas de raison de compléter l'instruction sur ce point, de sorte que la demande d'expertise doit être rejetée, de même que l'audition des ancien et actuel médecins traitants.

b) En ce qui concerne les troubles cardiovasculaires, soit une suspicion de cardiopathie ischémique de stress, les médecins de la Clinique L._____ ont relevé qu'elle était peu étendue, à la limite du significatif, dans le territoire septo-basal et n'ont pas attesté une incapacité de travail dans une activité légère pour ce motif. Par ailleurs, aucun des médecins traitants que le recourant a successivement consultés, n'a mis en évidence une quelconque aggravation de son état de santé sur le plan cardiovasculaire. Dans ce contexte, on ne saurait reprocher à l'intimé de n'avoir pas procédé à un complément d'instruction au sens de l'art. 43 LPGA, l'argumentation du recourant, qui se limite à alléguer qu'une instruction semblait nécessaire, ne suffisant pas pour remettre en cause l'appréciation des preuves faite par l'intimé.

c) En définitive, la décision du 25 septembre 2009 échappe à la critique en tant qu'elle retient que le recourant conserve une pleine capacité dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles telles que retenues par le SMR (avis médical du 27 juillet 2009).

Au regard de la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée, l'intimé a considéré qu'il présentait un taux d'invalidité nettement inférieur à 20 %, ne justifiant pas l'octroi de mesures de reclassement dans une nouvelle profession. Vérifié d'office, le calcul du taux d'invalidité qu'il a effectué ne prête pas flanc à la critique. Il n'y a pas lieu de revenir plus en détail sur ce calcul, dans la mesure où le recourant se limite à contester la capacité résiduelle de travail constatée par l'intimé, sans soulever de grief relatif au taux d'invalidité inférieur à 20 % finalement retenu. Dans ce contexte, on précisera néanmoins que compte tenu des limitations fonctionnelles décrites par les médecins, le nouveau poste de travail n'impliquerait pas nécessairement d'adaptations particulières. Vu le large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier - (TF I 383/06 du 5 avril 2007 consid. 4.4), un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont adaptées aux problèmes physiques du recourant. Il suffit à

cet égard de se référer à des travaux en partie mécanisés ou automatisés dans le secteur industriel, voire à des activités de surveillance. A cet effet, une aide au placement a été accordée afin que l'assuré puisse obtenir un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié. Il sied enfin de rappeler que, conformément à l'obligation de diminuer le dommage, le recourant est tenu d'atténuer par tous les moyens les effets de son invalidité en tirant parti de son entière capacité résiduelle de travail (ATF 123 V 96 consid. 4c; 113 V 28 consid. 4a; TFA I 606/02 du 30 janvier 2003, consid. 2 et les références citées). La Cour de céans ne saurait en effet fonder son jugement sur le travail que l'intéressé s'estime capable de fournir, mais bien sur celui qui est objectivement compatible avec son état de santé, tels qu'il ressort des certificats médicaux ayant valeur probante.

4. a) Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée, sans qu'il y ait lieu de procéder aux mesures d'instruction complémentaire requises par le recourant.

b) La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al.1 bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36], applicable par renvoi des art. 91 et 99 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 (art. 122 al.1 let. a et b CPC, 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, celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art.18 al. 5 LPA-VD).

c) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 450 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-

VD). Toutefois, dès lors que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGGA).

d) Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Michel Dupuis à compter du 22 octobre 2009 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Celui-ci a produit la liste de ses opérations faisant état de débours par 160 fr. et d'un temps consacré à la défense du recourant de 12 heures. Cette liste des opérations comprend toutefois plusieurs actes qui ne concernaient pas directement la présente procédure, avec notamment la rédaction d'une opposition à une décision de la CNA. Par ailleurs, il convient de prendre en considération le fait que Me Dupuis défendait le recourant dans deux causes connexes et qu'il a perçu 2'048 fr. 40 d'indemnités et de débours pour son activité dans le dossier concernant les prestations de l'assurance-accidents. Dans ces circonstances, un montant de 2'000 fr., débours et TVA compris, ce qui correspond à 10 heures de travail dans la présente procédure (pour un tarif horaire de 180 fr. ; cf. art 2 al. 1 let. b RAJ), constitue une indemnité équitable pour le mandat d'office.

La rémunération de l'avocat d'office 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 (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ) en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 25 septembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 450 fr. (quatre cent cinquante francs), sont laissés à la charge de l'Etat.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** L'indemnité d'office de Me Michel Dupuis, conseil du recourant, est arrêtée à 2'000 fr. (deux milles francs) (débours et TVA compris).

- VI.** 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 à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Dupuis (pour le recourant), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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 :