

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 juillet 2013

---

Présidence de       Mme    THALMANN  
Juges     :     M.    Neu et Mme Pasche  
Greffière     :     Mme    Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Catherine Jaccottet Tissot,  
avocate à Lausanne,

et

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

---

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

**E n f a i t :**

**A.** Le 23 août 1999, Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le 7 mars 1959, maçon de formation, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI). Aux termes d'un questionnaire pour l'employeur rempli le 27 juin 2000, l'entreprise V.\_\_\_\_\_ SA a indiqué que l'assuré travaillait à son service depuis le 28 octobre 1996 en tant que maçon-plâtrier à 100%, et que le salaire horaire s'élevait à 26 fr. 95 depuis mars 2000, pour une moyenne annuelle de travail de 42 heures par semaine.

Il ressort du dossier que le 24 février 1997, l'assuré est tombé d'une échelle et a subi une fracture du poignet droit, traitée par immobilisation plâtrée. Comme il présentait, suite au retrait du plâtre, des douleurs et des fourmillements à la main droite, de même qu'une diminution de la sensibilité et un manque de force, une décompression chirurgicale du nerf médian du poignet droit a été pratiquée le 30 janvier 1998. L'évolution a toutefois été défavorable, les douleurs persistantes empêchant l'assuré de travailler à plus de 75% dans son activité habituelle. Une seconde opération a eu lieu le 15 décembre 1998, pour une tendinite du flexor carpi radialis du poignet droit.

Dans un rapport du 22 octobre 1999, la Dresse B.\_\_\_\_\_, de la Permanence de X.\_\_\_\_\_, a posé les diagnostics de status après entorse du poignet droit, tunnel carpien post-traumatique à droite et tendinite du flexor carpi radialis du poignet droit. Elle a estimé que la capacité de travail exigible était de 75% dans une activité nécessitant le développement de la force, sinon de 100%.

Dans un rapport du 28 octobre 1999, le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin-conseil auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la SUVA), a relevé que l'assuré signalait une diminution de la sensibilité des doigts 2 à 4 de la main droite, ainsi qu'un manque de force. Il a indiqué que le cas pouvait être considéré comme stabilisé, qu'il y avait une diminution de rendement dans l'activité

de maçon et plâtrier, celle-ci impliquant des travaux lourds, mais que de nombreux autres travaux demeureraient possibles sans perte de rendement.

Au cours des années 1999 et 2000, l'assuré a subi trois autres accidents :

- Il a souffert de gonalgies apparues après avoir joué au football en mars 1999 et a subi, le 31 août 1999, une résection par voie arthroscopique d'une déchirure en languette de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche (cf. déclaration d'accident du 10 septembre 1999 et protocole opératoire du 31 août 1999 du Dr W. \_\_\_\_\_ de la Permanence de X. \_\_\_\_\_).

- Le 7 mars 2000, il a glissé sur la première marche d'une échelle, occasionnant une déchirure des ligaments au niveau de la cheville droite (cf. déclaration d'accident du 8 mars 2000).

- Le 9 juin 2000, il a de nouveau glissé sur une marche et a souffert d'une contusion à la cheville droite, traitée par immobilisation (cf. déclaration d'accident du 16 juin 2000 et rapport médical du 8 août 2000 du Dr T. \_\_\_\_\_ de la Permanence de X. \_\_\_\_\_).

Par décision du 11 janvier 2001, la CNA a mis l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité d'un taux de 25% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2001, fondée sur un degré d'incapacité de travail de 25% dans l'activité habituelle de plâtrier, due aux séquelles de l'accident de février 1997.

Dans un projet de décision du 22 février 2001, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande de prestations pour les motifs suivants :

"Selon les renseignements dont nous disposons, vous avez été victime d'un accident survenu le 24.02.1997 vous mettant en incapacité totale de travail. Vous avez cependant pu reprendre votre activité progressivement depuis le 13.05.1997. A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 24.02.1998, votre capacité de travail

et de gain est évaluée à 75% que vous désirez toujours mettre en valeur auprès de votre employeur.

Votre degré d'invalidité découle dès lors du calcul suivant :

	francs	
Revenu provenant d'une activité lucrative, sans invalidité	63'763.00	
Revenu provenant d'une activité raisonnablement exigible, avec invalidité	<u>47'822.00</u>	
Manque à gagner/degre d'invalidité	15'941.09	= <u>25%</u>

Lors de l'entretien que vous avez eu en novembre dernier avec notre service de réadaptation, vous n'avez pas souhaité changer d'activité dans la mesure où vous appréciez le travail que vous accomplissez chaque jour. Là également notre intervention ne se serait pas justifiée, excepté pour une éventuelle aide au placement, puisque vous pourriez réaliser un gain annuel de Fr. 54'600.-- en qualité de magasinier par exemple.

Votre degré d'invalidité découlerait alors du calcul suivant :

	francs	
Revenu provenant d'une activité lucrative, sans invalidité	63'763.00	
Revenu provenant d'une activité raisonnablement exigible, avec invalidité	<u>54'600.00</u>	
Manque à gagner/degre d'invalidité	9'163.00	=
<u>14.37%</u> "		

Par décision du 26 mars 2001, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré pour les motifs exposés dans son projet précité.

**B.** Le 12 octobre 2001, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations, sollicitant l'octroi d'une rente et faisant état de maux de dos.

Dans un certificat médical du 2 novembre 2001, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a fait mention d'une aggravation de l'état de santé de ce dernier pour cause de lombalgies et de toux chronique.

Dans un projet de décision du 21 décembre 2001, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande.

Suite à l'opposition formée le 11 janvier 2002 par l'assuré, un rapport du 21 septembre 2001 consécutif à des radiographies de la colonne lombaire a été produit, aux termes duquel de la Dresse Q.\_\_\_\_\_, radiologue, concluait à une scoliose lombaire sinistro-convexe et à une atteinte dégénérative débutante en L4-L5.

A teneur d'un questionnaire pour l'employeur du 12 mars 2002, l'entreprise V.\_\_\_\_\_ SA a indiqué que l'assuré continuait à travailler à son service comme maçon-plâtrier, mais avec des taux variables, l'intéressé allant à son rythme. La moyenne annuelle de travail était de 41 heures par semaine, pour un salaire horaire de 21 fr. 40 depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2002, étant précisé que sans atteinte à la santé, ce salaire se serait porté à 29 fr. de l'heure.

Dans un rapport du 6 juin 2002 consécutif à des radiographies de la colonne cervicale, le Dr C.\_\_\_\_\_, radiologue, a conclu à un léger pincement de l'espace intersomatique C5-C6 et à un aspect prononcé des apophyses unciformes de C6.

Dans un rapport du 10 février 2003, le Dr D.\_\_\_\_\_ a posé comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail celui de cervicalgies existant depuis 2001, et a fait état d'une incapacité de travail de 50%. Le 8 mai 2003, ce même médecin a précisé que l'incapacité de travail était présente depuis le 1<sup>er</sup> mai 2002. Il a en outre mentionné les diagnostics suivants :

- Ulcère antral traité avec Nexium;
- Status après résection de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche le 31 août 1999;
- Léger pincement de l'espace intersomatique C5-C6 avec cervicalgies;
- Sensation d'anesthésie de la main droite;
- Sinusite et bronchite (novembre 2001);
- Lombalgies.

Par décision du 4 août 2003, l'OAI a rejeté la demande de rente en considérant notamment ce qui suit :

**"Résultat de nos constatations :**

Nous avons repris l'instruction de votre demande, bien que les renseignements médicaux au dossier ne fassent pas état d'une aggravation à proprement parler de votre état de santé.

Depuis votre accident survenu en 1997, pour lequel la SUVA vous a reconnu une incapacité de gain de 25% et vous verse une rente en conséquence, vous avez pu reprendre votre activité lucrative de plâtrier-peintre, activité que votre employeur a adaptée à vos problèmes de santé, avec un rendement de l'ordre de 75%.

Votre degré d'invalidité découle donc du calcul ci-dessous :

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :			
sans invalidité	CHF 61'828.00		
avec invalidité	CHF 44'772.00		
La perte de gain s'élève à	CHF 17'056.00	=	un degré d'invalidité de 27.75%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité."

Le recours interjeté le 10 septembre 2003 par l'assuré auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud a été écarté préjudiciellement par jugement du 1<sup>er</sup> octobre 2003 dès lors qu'aucune décision sur opposition n'avait été rendue, et cet acte, considéré comme une opposition, a en conséquence été transmis à l'OAI comme objet de sa compétence.

A teneur d'un rapport du 25 avril 2003, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et gastroentérologie, a posé les diagnostics de glissement herniaire avec signes de reflux, gastroptose sur pylorospasme fonctionnel et ulcère antral prépylorique.

Le 20 août 2003, l'assuré s'est tordu la cheville droite et n'a par la suite plus repris le travail. Dans un rapport du 12 décembre 2003 consécutif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la cheville droite, le Dr R.\_\_\_\_\_, radiologue, a conclu à une lésion ostéochondrale du versant latéral du dôme astragalien, avec une déformation des surfaces articulaires dans le segment postérieur de la lésion, une atteinte

avancée des surfaces cartilagineuses à ce niveau, un oedème extensif de l'astragale et des altérations du signal de type oedémateux du segment tibial distal, en regard de la lésion. L'intéressé a été opéré de sa fracture ostéochondrale de l'astragale de la cheville droite le 6 janvier 2004, date à laquelle une mosaïque-plastie ostéochondrale a été pratiquée.

L'assuré a séjourné à la Clinique [...] (ci-après : la Clinique N. \_\_\_\_\_) du 8 juin au 14 juillet 2004. Du rapport de sortie établi le 23 juillet 2004 par les médecins de cet établissement, il est résulté que la situation médicale n'était pas totalement stabilisée à ce moment-là. Cependant et en ce qui concernait la cheville droite uniquement, les limitations pouvant être retenues concernaient la marche sur les terrains difficiles, la montée et la descente répétitive d'escaliers et le port de charges lourdes. Une reprise du travail à 100% était envisageable dans une activité qui respecterait ces limitations, la capacité de travail dans l'activité habituelle étant nulle.

Le 12 mai 2005, l'assuré a été examiné par le Dr P. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, qui a indiqué que les séquelles de l'ancienne fracture scaphoïdienne du poignet droit n'avaient pas évolué de façon significative depuis la liquidation du cas par la CNA. En ce qui concernait l'atteinte astragalienne, la situation était désormais stabilisée. Les dernières radiographies de la cheville, pratiquées le même jour, témoignaient d'une nette régression de l'ostéodystrophie mouchetée médio-tarsienne observée sur des clichés pratiqués en 2004. Il subsistait une irrégularité de l'angle astragalien supéro-externe, mais on n'observait pas de pincement arthrosique de la tibio-astragalienne. En l'absence d'altérations dégénératives notables, les séquelles n'atteignaient pas un degré indemnisable selon les barèmes de l'IPAI (indemnité pour atteinte à l'intégrité). Cette appréciation devait cependant être revue en cas d'évolution tardive vers une arthrose tibio-astragalienne. Il existait une pleine capacité de travail, dans les limites de la rente actuelle, dans toutes activités n'exigeant pas de déplacement en terrain irrégulier ni de marche prolongée, comme les activités mentionnées dans les Descriptions de postes de travail (DPT) n° [...] (surveillant de parking), [...] (surveillant de

parking), [...] (micro-soudeur et contrôleur), [...] (caissier de station/kiosque) et [...] (caissier) établies par la CNA.

Le Prof. M. \_\_\_\_\_, rhumatologue, a été mandaté expert par l'OAI. Il résulte de son rapport d'expertise du 23 mai 2005 notamment ce qui suit :

#### **"4. DIAGNOSTIC**

- **Douleurs résiduelles de la cheville droite**
- **Status post-lésions ostéochondrales du dôme supérieur externe de l'astragale droite, sur entorses à répétition, ayant bénéficié d'une mosaïque-plastie ostéochondrale**
- **Gonarthrose gauche débutante**
- **Lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs**
- **Fracture du scaphoïde carpien à droite en 1996**
- **Ménissectomie du genou gauche en 2000**
- **Ulcère gastro-duodéal en 2003**

#### **5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC**

Le patient présente donc plusieurs problèmes :  
Tout d'abord des **douleurs résiduelles de la cheville droite**, avec un status post-lésion ostéo-chondrale secondaire à plusieurs traumatismes de la cheville droite. Cette cheville a bénéficié d'une intervention chirurgicale, avec une mosaïque-plastie ostéochondrale. A droite, l'examen de la cheville met en évidence, pour l'essentiel, une diminution de l'extension, sans autres anomalies notables.

Le 2<sup>ème</sup> problème est une **gonarthrose gauche débutante**. L'examen clinique met en évidence une flexion conservée, avec une distance talon-ischion à 14 cm. Le genou est sec. Il n'a pas de signe de rabet, pas de laxité. Du côté droit, on n'observe aucune anomalie notable en dehors d'une discrète limitation de la flexion. La radiographie réalisée en 2004 met en évidence, pour l'essentiel, un pincement fémoro-tibial interne des 2 côtés, avec ostéophytose débutante.

En outre, le patient présente également des lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs. L'examen clinique met en évidence une scoliose, avec une diminution modérée de la mobilité.

Enfin, il existe des douleurs séquellaires du poignet droit, secondaires à une fracture du scaphoïde, en 1996.

A noter encore un antécédent d'ulcère gastro-duodéal en 2003.

### **B - INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL**

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

Pour l'ensemble de ces plaintes, nous considérons que le patient a une **incapacité totale de travail**, dans les métiers physiques avec port régulier de charges lourdes, de plus de 15 kg. Nous considérons donc que dans ses anciens métiers de maçon et de plâtrier-peintre, il existe une incapacité de travail de 100%.

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

En revanche, dans une activité sans port régulier de charges lourdes de plus de 15 kg, avec une possibilité de changement de position tel que le gardiennage de parking, les métiers administratifs ou la petite mécanique, il existe une capacité de travail de 100%, avec un rendement de 80%.

## **C - INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE**

### **1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?**

Nous considérons que le patient présente une incapacité totale de travail, dans ses anciens métiers, avec port de charges lourdes de plus de 15 kg. Nous estimons donc qu'une réorientation professionnelle dans un métier léger, serait bénéfique.

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

D'un point de vue médical, le patient pourrait bénéficier d'un amaigrissement d'une dizaine de kilos, afin de soulager sa cheville, ses genoux et son rachis lombaire. Par ailleurs, la pratique des exercices réguliers de souplesse et de tonification des muscles abdominaux, obliques et spinaux pourrai[t] être bénéfiqu[e] pour le rachis lombaire.

D'un point de vue médicamenteux, les AINS doivent être employés avec parcimonie, en raison de l'antécédent de l'ulcère gastro-duodéal. Par ailleurs, il pourrait bénéficier d'un traitement d'antalgiques de palier I, voire de palier II.

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

Toutes les activités, sans port régulier de charges lourdes de plus de 15 kilos, sont exigibles à 100%, avec un rendement de 80%."

Par décision du 18 août 2005, confirmée par décision sur opposition du 19 septembre 2005, entrée en force, la CNA a mis l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité de 28% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2005, basée sur une capacité de travail entière dans une activité adaptée ne nécessitant pas de déplacements en terrain irrégulier ou de marche prolongée et ne mettant pas à forte contribution le membre supérieur droit, telles les activités décrites dans les DPT susmentionnées.

Le Dr G. \_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a indiqué ce qui suit dans un avis médical 28 juin 2005 :

"Nous avons fait procéder à une expertise chez le Prof M. \_\_\_\_\_. Il s'agit d'une pathologie mixte, en partie secondaire à des accidents et en partie secondaire à une pathologie médicale.

L'assuré a présenté plusieurs accidents, le dernier en date, une fracture de l'astragale et un status après plusieurs entorses de la cheville droite, génère une incapacité de travail de 100% dans le métier exercé, depuis le 20.08.2003. En raison de cette pathologie, le travail antérieur n'est plus exigible.

En tenant compte de la gonarthrose gauche débutante, des lombalgies chroniques, du status après fracture du scaphoïde carpien droit en 1996, avec des douleurs résiduelles, la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites ci-dessous est de 100%, avec une diminution de rendement de 20%.

Une réadaptation aurait pu être mise en oeuvre dès octobre 2004.

La toux chronique, l'ulcère duodéal traité ne sont pas des pathologies invalidantes.

Limitations fonctionnelles : Port de charges de plus de 15 kg, activité en porte à faux du tronc, activité nécessitant de longs déplacements à pied, particulièrement en terrain difficile."

Dans un avis médical du 13 septembre 2005, ce praticien a en outre mentionné ce qui suit :

"Avant le 20.08.2003, l'assuré présentait bien une CT de 75% dans son métier de plâtrier peintre et de 100% dans une activité adaptée. La diminution de 25% de la CT dans l'activité habituelle est motivée par un accident du poignet droit de 1997 et en conformité avec l'avis de la SUVA. Les lombalgies banales et au demeurant modestes ne contre-indiquent pas l'exercice de la profession de plâtrier peintre, tout comme la gonarthrose débutante.

L'assuré a présenté plusieurs entorses de la cheville dès 2000, avec une probable instabilité articulaire. La dernière entorse en août 2003 a entraîné une fracture nécessitant une intervention chirurgicale. Cette intervention a entraîné des complications avec une probable algodystrophie. En tenant compte de l'observation de la Clinique N. \_\_\_\_\_, de l'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_, j'ai estimé que la réadaptation n'aurait pas pu avoir lieu avant octobre 2004. Je maintiens cette estimation. Il s'agit d'une date basée sur l'état clinique de l'assuré lors de deux observations rigoureuses (Clinique N. \_\_\_\_\_ et expertise) et sur l'histoire « naturelle » de ce genre de complications."

Dans un rapport du 11 juillet 2006, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a posé les diagnostics suivants :

"Arthrose post-traumatique débutante de la cheville droite.  
Status après plastie ostéo-chondrale mosaïqué du dôme astragalien externe, pathologie méniscale du genou gauche.  
Status après fracture du scaphoïde carpien droit."

Il a notamment exposé ce qui suit :

**"Appréciation et proposition** : *En résumé, il s'agit d'une évolution défavorable après une grosse ostéo-chondrite disséquante que l'on a tenté de réparer par une greffe en mosaïque. L'évolution se fait graduellement vers l'arthrose post-traumatique.*

*Du point de vue médical, la gêne du patient ne nécessite pour l'instant pas de traitement agressif. En cas d'aggravation des symptômes, il faudrait rediscuter de faire une arthroscopie avec débridement du compartiment antéro-externe et inspection de la greffe. A plus long terme, je pense que le patient pourra bénéficier, une fois [que] l'usure cartilagineuse tibio-astragaliennne sera complète du côté externe, d'une prothèse de cheville. J'ai également proposé au patient, en première ligne en cas d'aggravation, de tenter une infiltration à la cortisone de l'articulation tibio-astragaliennne. Il me rappellera à ce sujet.*

*Du point de vue professionnel, il est clair qu'en fonction de cette atteinte grave de la cheville droite et d'autres atteintes musculo-squelettiques, auxquelles se rajoute une pathologie respiratoire, on ne peut pas espérer une reprise du travail dans un quelconque travail lourd ou même relativement léger en position debout. Par contre, il faut, à mon sens, essayer une reconversion professionnelle dans une activité en majeure partie assise, en ne soulevant des charges de maximum 5 kg.*

*Je laisse aux instances compétentes le soin de déterminer quel type d'activité sur le marché du travail pourrait répondre à ce critère."*

L'assuré a effectué un stage d'évaluation du 30 octobre au 24 novembre 2006 au Centre O. \_\_\_\_\_. La Dresse S. \_\_\_\_\_, médecin-conseil auprès de ce centre, a conclu son rapport du 11 décembre 2006 comme il suit :

"M. Z. \_\_\_\_\_ bénéficie d'une rente SUVA de 25 %, suite à l'accident du poignet droit en 97, pour lequel il avait subi une fracture du scaphoïde. En 2000, il se blesse la cheville droite, subissant une opération pour une ostéochondrite disséquante en janvier 04, probablement compliquée d'une maladie de Südeck. M. Z. \_\_\_\_\_ est aussi connu pour des troubles statiques et dégénératifs lombaires ainsi que pour une gonarthrose gauche modérée (status après méniscectomie en 99).

Dès lors, toute activité lourde, en position debout soutenue, nécessitant de nombreux déplacements, et sollicitant de manière répétée et en force le poignet droit n'est plus envisageable. Dans des activités allégées, permettant l'alternance des positions et favorisant la station assise, nous avons pu constater effectivement des difficultés d'utilisation de la main droite, celle-ci servant surtout comme pince, ou comme appui avec la paume de la main. Malgré cela, la qualité d'exécution est tout à fait acceptable, M. Z. \_\_\_\_\_ pouvant se révéler débrouillard et astucieux, et capable de fournir un travail soutenu, sans pause supplémentaire.

Nous restons toutefois très perplexe devant un comportement téméraire de surélévation du membre inférieur droit, quelque soit le poste proposé, qui a souvent été assis. En effet, M. Z. \_\_\_\_\_ adopte systématiquement des positions non ergonomiques, très inconfortables pour le rachis, notamment pour le rachis cervical, argumentant la nécessité impérieuse de garder son membre inférieur droit surélevé, sans que nous ayons de cause anatomique congruente à ce comportement. Nous avons aussi pu observer qu'il adoptait d'emblée une position assise normale lors des pauses et du repas de midi. Les déplacements se font avec une boiterie, mais ont été évités au maximum durant l'évaluation. En position debout, la stabilité n'est pas optimale et prétérite dès lors d'autant plus l'utilisation du membre supérieur droit.

Ouvrant sur la retenue, avec un certain ralentissement de toute gestuelle et une épargne d'utilisation de la main droite, les rendements ont été de l'ordre de 40 à 65 %.

Cependant, de par les multiples observations faites dans les différents ateliers, nous concluons à la possibilité d'une activité légère et simple, de conditionnement ou d'établi, avec une baisse de rendement de 25 %, de par l'handicap de la main droite. Comme dit précédemment, seules des activités ne sollicitant pas de manière soutenue et fine la main droite peuvent être envisagées, ce qui restreint notablement l'éventail de possibilités de reclassement pour ce patient aux ressources limitées."

Les responsables du Centre O. \_\_\_\_\_ ont établi leur rapport le 22 décembre 2006. Il en résulte notamment ce qui suit :

## **"6. CONCLUSION**

En conclusion, au terme de cette expertise, notre équipe d'observation est d'avis que M. Z. \_\_\_\_\_ conserve une capacité résiduelle de travail de 75%, dans une activité adaptée et sur un horaire plein-temps. Comme activités adaptées nous pensons à du conditionnement, du petit montage ou du travail à l'établi.

En l'occurrence, nous pouvons répondre aux questions posées de la manière suivante :

1. *M. Z. \_\_\_\_\_ est-il prêt à entrer dans une démarche de réadaptation ?*

M. Z. \_\_\_\_\_ ne pense pouvoir exercer une activité assise qu'à temps partiel. Sa motivation est toutefois très modérée. Il dit aussi attendre la toute prochaine intervention chirurgicale à sa cheville droite avant de se prononcer (toilette articulaire qui médicalement ne devrait rien changer au problème). N'ayant jamais travaillé en atelier, il ne connaît pas trop les activités possibles.

2. *Les possibilités et types d'activités permettant une réinsertion de l'assuré dans le circuit économique.*

L'assuré est à même d'exercer une activité légère en position assise. Cette activité ne doit pas solliciter de manière soutenue et fine la main droite. Elle doit être simple. Seuls du conditionnement, du petit montage ou du travail à l'établi peuvent convenir.

3. *Le taux de rendement exigible dans une activité adaptée.*

Dans une activité adaptée, un rendement exigible est de 75% sur un horaire plein temps.

4. *Si le rendement n'est pas dans la norme, quelles en sont les raisons ?*

Pendant le stage, l'assuré a montré des rendements moyens compris entre 40 et 50%. L'attitude démonstrative, le déconditionnement, le manque de motivation, l'aménagement de la position assise anti-physiologique (avec la jambe surélevée vers l'extérieur) sont autant de facteurs extérieurs surajoutés à la baisse objective de rendement. La perte de mobilité de la main droite est située à 25% par notre médecin-conseil.

La différence entre les rendements mesurés et l'exigibilité peut s'expliquer par plusieurs facteurs. Il y a un fort déconditionnement qui s'exprime par une gestuelle lente et un certain manque d'initiative et de motivation. La perte de mobilité par cette position assise non ergonomique péjore également les rendements. Les atteintes à la santé et les douleurs déclarées font que l'assuré ménage également ses efforts et les sollicitations des membres atteints.

5. *D'autres mesures professionnelles peuvent-elles être envisagées avec de bonnes chances de succès ?*

Non, nous ne voyons pas d'autres mesures professionnelles envisageables avec des chances de succès.

6. *En l'état, l'assuré pourrait-il être présenté à un employeur avec des chances de succès ?*

L'assuré se dit d'accord de retravailler, mais seulement à un temps partiel.

## **7. OPINION DE L'ASSURE**

La séance de bilan interne a eu lieu le 08/12/2006 en présence de l'assuré et des soussignés. L'assuré est d'accord avec les observations, cependant il pense ne pas être capable de travailler la journée complète (au [...], il devrait prendre des comprimés en raison de douleurs cervicales et à la cheville). En outre, il dit ne pas arriver au rendement de 75%."

Le Dr F. \_\_\_\_\_ a pratiqué le 9 janvier 2007 une arthroscopie de la cheville droite et un débridement antéro-externe. Dans son rapport du 12 février 2007, il a notamment indiqué les points suivants :

"Pour l'instant, pas d'amélioration des douleurs ou de la capacité à la marche. Le patient est toujours en rééducation en physiothérapie et l'on peut s'attendre à une légère amélioration des douleurs antéro-externes.

Le pronostic demeure réservé notamment quant à la reprise d'une activité physique lourde. Même si l'on en arrive à une sanction chirurgicale plus radicale comme par exemple une prothèse de la cheville, on ne peut pas compter sur une reprise d'une telle activité. Par contre, le patient sera à même de pratiquer à 100% un travail assis. Je conseille donc qu'il soit reclassé dans une telle activité, dans la mesure où son niveau de formation et le marché du travail le permettent."

Le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant de l'assuré, a indiqué ce qui suit dans un compte-rendu du 15 février 2007 :

"Le patient a été opéré par le Dr F. \_\_\_\_\_ d'une arthroscopie de la cheville d. avec débridement le 9.1.2007.

Par ailleurs on ne note aucune amélioration et même une péjoration sur les douleurs arthrosiques de la colonne lombaire et cervicale ainsi qu'au niveau de la gonarthrose bilatérale. Compte tenu de la progressivité de la maladie arthrosique et de ses conséquences, il n'y a pas d'amélioration de la capacité de travail à attendre.

Du point de vue respiratoire le syndrome obstructif est persistant et limite la capacité fonctionnelle respiratoire. Le syndrome métabolique avec excès pondéral, RTA et hyperlipidémie ne s'est pas amendé sous traitement."

Aux termes d'un certificat médical du 8 mars 2007, ce praticien a indiqué que l'assuré était capable d'exercer une activité professionnelle à 40-50% dans un travail léger et sans sollicitation importante de la main droite. Dans un rapport médical du 17 avril 2007, le Dr H. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la

capacité de travail de lombalgies chroniques, fracture du scaphoïde carpien droit, méniscectomie gauche, gonarthrose gauche, entorses à la cheville droite et arthrose cervicale, tout en précisant que l'incapacité de travail était totale depuis le 18 septembre 2001. Toujours le 17 avril 2007, ce médecin a relevé qu'un travail de bureau sans port de charges ni déplacement pouvait être exercé avec une diminution de rendement de 20%, respectivement que l'assuré pouvait exercer la profession de gardien de parking à 80%.

Le 9 mai 2007, le Dr F. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'arthrose post-traumatique à la cheville droite, en indiquant que la situation était stationnaire et susceptible de lentement s'aggraver, une évolution vers une prothèse de la cheville ou une arthrodèse étant possible. Il a estimé que l'impossibilité de reprendre l'activité antérieure était définitive et qu'une reconversion professionnelle pouvait être tentée dans une profession en grande partie assise, sans déplacements trop longs, sans port de charge en marchant et sans longues stations debout ni de marches.

Par avis médical du 27 décembre 2007, le Dr J. \_\_\_\_\_, du SMR, a retenu une capacité de travail médicalement exigible dans une activité adaptée de 80%, soit un plein temps avec une diminution de rendement de 20%, celle-ci découlant de l'expertise du Prof. M. \_\_\_\_\_, laquelle prenait en considération l'ensemble des atteintes à la santé de l'assuré. Il a relevé que le Dr F. \_\_\_\_\_ estimait la capacité de travail à 100% dans une activité adaptée en fonction des lésions de la cheville uniquement. S'agissant de la capacité de 75% retenue par le Centre O. \_\_\_\_\_, le Dr J. \_\_\_\_\_ a relevé qu'il ne s'agissait pas d'une appréciation médicale mais du résultat d'une observation en atelier, au cours de laquelle intervenaient des facteurs non médicaux.

Le Dr F. \_\_\_\_\_ a précisé, le 28 janvier 2008, que l'évaluation de la capacité de travail ressortant de son précédent rapport n'avait tenu compte que de la situation de la cheville droite et qu'il fallait également prendre en considération une limitation des mouvements de la main droite

due à un ancien traumatisme. Il a estimé qu'au niveau d'un travail hypothétique purement assis, cette seconde affection risquait de limiter soit le temps de travail à environ 70%, soit la vitesse ou la répétition des gestes ainsi que les charges.

Par décision sur opposition du 20 mai 2008, l'OAI a partiellement admis l'opposition de l'assuré en ce sens que ce dernier avait droit à une rente entière fondée sur un degré d'invalidité de 100% dès le 1<sup>er</sup> juin 2004 jusqu'au 31 décembre 2004. L'office a notamment considéré ce qui suit :

"En l'espèce, votre première demande de prestations AI a été rejetée, par décision du 26 mars 2001. En date du 12 octobre 2001, vous avez déposé une nouvelle demande de prestations AI.

Dans le cadre de la procédure d'opposition, nous avons estimé nécessaire de compléter l'instruction de votre dossier sur le plan médical. Une expertise rhumatologique a ainsi été sollicitée du Dr M.\_\_\_\_\_. Du rapport d'expertise du médecin précité du 23 mai 2005, il ressort que votre capacité de travail est de 0% dans votre activité habituelle ; en revanche, une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 20% peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée sans port de charges lourdes de plus de 15kg et avec une possibilité de changement de position.

[...]

En l'occurrence, il y a lieu d'admettre que le rapport d'expertise précité remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, ledit rapport d'expertise procède d'une étude approfondie de votre cas, ses conclusions sont bien motivées et convaincantes ; il est de surcroît bien étayé et nous constatons qu'il ne présente aucune contradiction. Nous n'avons dès lors aucune raison de nous écarter des conclusions émises par le Dr M.\_\_\_\_\_.

Par ailleurs, le Service médical régional de l'AI (SMR) a établi plusieurs avis médicaux se fondant sur toutes les pièces médicales figurant à votre dossier. Des avis médicaux du SMR, il ressort que vous présentiez une capacité de travail de 75% dans votre activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée à votre état de santé. Votre état de santé s'est toutefois péjoré et votre capacité de travail est de 0% depuis le 20 août 2003 dans votre activité habituelle ; cependant, une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 20% dès octobre 2004 peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles (cf. avis médicaux du SMR des 13 septembre et 28 juin 2005 ainsi que du 27 décembre 2007).

S'agissant du rapport d'évaluation du centre de formation O. \_\_\_\_\_ du 22 décembre 2006, il est à préciser que les données médicales l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle [...].

Par conséquent, il convient de retenir que votre capacité de travail est de 100% avec une diminution de rendement de 20% dans une activité adaptée à votre état de santé.

Reste maintenant à évaluer votre préjudice économique, considérant que votre capacité de travail est de 100% avec une diminution de rendement de 20% depuis octobre 2004.

D'après l'art. 16 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) (jusqu'ici l'art. 28 al. 2 LAI), le degré d'invalidité des personnes assurées actives se détermine par le biais d'une comparaison des revenus. Le revenu du travail que la personne assurée pourrait réaliser en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre d'elle, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation du marché du travail équilibrée (revenu d'invalidé) est comparé au revenu qu'elle aurait pu réaliser si elle n'était pas invalide (revenu de valide).

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle ou alors aucune activité adaptée raisonnablement exigible, on peut, pour estimer le revenu d'invalidé, se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2004 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), frs 4'588.- par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, TA1 ; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures ; La Vie économique, 11-2005, p.86, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à frs 4'771.52 (frs 4'588.- x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de frs 57'258.24.

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 80%, le salaire hypothétique est dès lors de frs 45'806.59 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions

distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Dans le cas d'espèce, aucun abattement ne peut être retenu (vos limitations fonctionnelles ont déjà été prises en compte dans le rendement diminué). Le revenu annuel d'invalide s'élève ainsi à frs 45'806.59: Il est à relever que vous pourriez par exemple exercer des travaux de surveillance ou de manutention, de conditionnement et des travaux à l'établi légers.

Comparaison faite avec le revenu que vous auriez réalisé sans invalidité dans votre ancienne activité en 2004, soit frs 67'526.-, le taux d'invalidité s'élève à 27,72%, arrondi à 28%. Ce taux étant inférieur à 40%, il ne vous ouvre pas le droit à une rente d'invalidité[.]

Votre degré d'invalidité étant toutefois supérieur à 20%, notre service compétent en matière de mesures professionnelles reste à votre disposition, si vous le souhaitez, pour examiner le droit à des mesures professionnelles.

En outre, vous pouvez prétendre à une aide au placement au sens de l'art. 18 al. 1 LAI (à la condition toutefois que vous admettiez que vous disposez d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée à votre état de santé), et nous vous invitons dès lors à prendre contact avec notre service compétent en matière d'aide au placement si vous souhaitez bénéficier de cette mesure.

Par ailleurs, il est à relever que le SMR dans ses avis médicaux précités retenaient que vous avez présenté une incapacité de travail totale du 20 août 2003 jusqu'à octobre 2004. Il convient de rappeler que le droit à une rente est ouvert dès le moment où l'assuré a présenté une incapacité de travail de moyenne de 40% au moins pendant une année, et nous avons ainsi procédé au calcul de l'invalidité moyenne (votre taux d'invalidité a été estimé à 25%, par décision du 26 mars 2001). Il en résulte que votre taux d'invalidité atteint une moyenne d'au moins 40% sur une année le 20 juin 2004 (2 mois à 25% et 10 mois à 100%). C'est donc à cette date que doit être fixé le début du droit à la rente. Par conséquent, vous avez droit à une rente entière limitée dans le temps du 1<sup>er</sup> juin 2004 jusqu'au 31 décembre 2004 (soit 3 mois après l'amélioration de votre état de santé dès octobre 2004, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI)."

**C.** Dans un avis médical du 9 juin 2008, le Dr J.\_\_\_\_\_ a estimé que l'arthroscopie de la cheville droite pour débridement, réalisée au début 2007, avait pu justifier une incapacité de travail temporaire d'au maximum 15 jours et que cette intervention, si elle n'avait pas amélioré les douleurs ni la capacité à la marche, n'avait certainement pas aggravé l'état de santé, le Dr F.\_\_\_\_\_ ayant d'ailleurs attesté, dans son rapport du 12 juillet 2007, une capacité de travail de 100% dans un travail assis.

Dans un rapport du 16 juin 2008, le Dr F. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit :

**"Résumé anamnestique** : Ce patient a développé une ostéochondrite disséquante post-traumatique de l'astragale droit suite à une entorse de la cheville droite en 2000. L'aggravation des symptômes [a] conduit des confrères à pratiquer en janvier 2004, une plastie en mosaïque avec ostéotomie de la ma[ll]éo[l]e interne. Malheureusement, l'évolution post-opératoire a été défavorable avec persistance de douleurs et pincement progressif de l'interligne articulaire. J'ai pratiqué moi-même en janvier 2007, une arthroscopie avec débridement de la région antéro-interne et la région de la greffe, mais cette intervention elle-même n'a pas permis d'améliorer les symptômes.

En accord avec la Suva et vu l'aggravation de la gêne et du handicap, j'ai ensuite pratiqué en avril 2008, une arthrodèse tibio-tarsienne par abord antérieur. On est actuellement dans la phase de rééducation après cette intervention, dont l'évolution est lentement favorable. Actuellement, le patient est encore à l'arrêt de travail à 100%, comme il l'était d'ailleurs avant l'intervention dans son ancienne activité de plâtrier peintre, Il y aura une incapacité de travail totale définitive dans cette professio[n].

**Du point de vue pronostique**, une fois la guérison complète atteinte après cette intervention, on peut prévoir une capacité de travail d'au moins 50% dans une position uniquement assise ou avec très peu de déplacements et possibilité de se lever fréquemment pour changer de position de la cheville.

En ce qui concerne l'AI, il y a une nette aggravation de l'état de santé au niveau de la cheville droite depuis la dernière évaluation de 2004, et il persistera un handicap permanent au niveau de la cheville droite sous forme d'une restriction majeure de la mobilité articulaire de l'arrière-pied."

Dans un avis médical du 6 août 2008, le Dr J. \_\_\_\_\_ a estimé que l'arthrodèse tibio-tarsienne réalisée en avril 2008 justifiait une incapacité de travail de trois mois postopératoire dans toute activité et que dès le quatrième mois, la capacité de travail médicalement exigible était à nouveau entière avec une baisse de rendement de 20% dans une activité adaptée, sédentaire, permettant l'alternance des positions assise et debout. Il a souligné à cet égard que l'intervention sur la cheville ne pouvait médicalement justifier aucun empêchement ou limitation dans une activité exercée en position assise au-delà de la phase postopératoire. Il a ajouté que toute intervention chirurgicale était par principe destinée à

améliorer l'état de santé du patient et qu'une telle intervention ne pouvait certainement pas être interprétée comme la preuve d'une aggravation permanente de l'état de santé. Dans ces conditions, le Dr J.\_\_\_\_\_ a retenu qu'hormis trois mois d'incapacité totale dans toute activité justifiée par la convalescence postopératoire, l'exigibilité médicale demeurerait inchangée par l'intervention d'avril 2008.

Par certificat médical du 28 août 2008, le Dr F.\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail entière depuis le 2 avril 2008.

Le 10 octobre 2008, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA, la Dresse K.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, laquelle a mentionné notamment ce qui suit dans son rapport :

**"EXAMEN CLINIQUE :**

A l'examen clinique, il s'agit d'un assuré de 49 ans, en excès pondéral, au faciès pléthorique, conscient, bien orienté.

Il marche en décharge relative du MID avec diminution du temps d'appui.

La marche sur la pointe des pieds et sur les talons n'est pas possible.

L'agenouillement est possible aux  $\frac{3}{4}$  de la course.

L'examen de la cheville droite révèle des cicatrices fines, indolores, la cheville est empâtée avec une différence de périmètre de 1cm, il existe une chaleur locale, un discret œdème prenant le godet. Le medio-tarse et l'avant-pied sont calmes, il n'y a pas de signe qui pourrait faire évoquer une algodystrophie.

L'examen du genou est sp.

On relève une amyotrophie du mollet avec différence de périmètre de 1,5cm en défaveur de la droite.

La cheville droite est bien fixée, sans fausse mobilité résiduelle.

En ce qui concerne les MS, la ceinture scapulaire est bien équilibrée, sans amyotrophie. Le périmètre du MSD est supérieur à celui du gauche au niveau du bras et de l'avant-bras d'un bon centimètre et demi. Il n'y a pas d'atrophie de l'éminence thénar ni hypothénarienne. La mobilité du poignet est très discrètement réduite et reste comparable au status du bilan final évoqué ci-dessus. En revanche, la force de préhension est diminuée. Lors du

test, le patient adopte une attitude d'adduction du pouce alors qu'il a été observé une mobilité tout à fait normale lorsqu'il cherchait ses radiographies dans son sac et qu'il a porté son sac pour le mettre sur son épaule. Les cicatrices restent fines et indolores.

### **RADIOGRAPHIES :**

Les radiographies attestent d'une bonne consolidation de l'arthrodèse. L'interligne articulaire est encore visible postérieurement. Il existe une discrète sclérose au niveau sous-astragalien. Le matériel est en place sans signe de descellement.

### **APPRÉCIATION DU CAS :**

On se trouve à un délai de 6 mois d'une arthrodèse tibio-tarsienne par voie antérieure chez un maçon de 49 ans, bénéficiant d'une rente partielle Suva de 28% pour les suites d'un ancien accident de la main et d'une entorse de la cheville droite survenue le 20.08.2003.

L'examen clinique montre un status d'arthrodèse tibio-tarsienne, avec matériel encore en place, la persistance de discrets signes irritatifs localement.

L'examen actuel confirme une incapacité de travail totale et définitive dans l'activité de maçon.

Dans une activité ne sollicitant pas le MID, avec peu de déplacements, évitant les terrains irréguliers, les escabeaux, les échelles, la position à genoux ou accroupie, la capacité de travail au plan médico-théorique m'apparaît exigible à 75% en admettant l'incapacité résiduelle de 25% en relation avec l'état irritatif post-opératoire. Si l'on envisage l'AMO, je ne pense pas que le résultat fonctionnel sera forcément meilleur chez un patient qui est resté algique de cette cheville depuis maintenant 5 ans. La situation me paraît stabilisée.

Le status après arthrodèse donne lieu à une IPAI qui sera donnée sur rapport séparé.

En ce qui concerne les séquelles post-traumatiques qui concernent la main droite, la situation est stationnaire par rapport à l'examen final du 28.10.1999.

Il a été conseillé à M. Z. \_\_\_\_\_ de reprendre contact avec l'AI concernant l'incapacité de travail totale qui n'a pas permis d'aller plus loin dans les mesures de réadaptation. A partir du présent examen, ces mesures devraient être reprises.

Une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée selon les limitations fonctionnelles données était exigible à partir du 16.06.2008, comme mentionnée par le Dr F. \_\_\_\_\_."

En outre, la Dresse K.\_\_\_\_\_ a estimé à 15% le taux de l'atteinte à l'intégrité, l'articulation tibio-tarsienne étant bloquée à angle droit.

Dans un avis médical du 25 mars 2009, le Dr J.\_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit :

"Ma position (cf. avis médical du 06.08.2008) est médico-théorique. En effet, habituellement après une intervention pour arthrodèse tibio-tarsienne, on est *théoriquement* en droit d'attendre la récupération de la capacité de travail antérieure après trois mois.

S'agissant d'un cas SUVA et étant donné que le médecin d'arrondissement a examiné l'assuré, sa position est plus solide que la mienne et je me rallie à ses conclusions, qui ne diffèrent d'ailleurs pas fondamentalement (CT de 75% au lieu de 80%).

Concernant la chronologie, le médecin d'arrondissement a validé de facto une IT totale jusqu'au 15.06.2008 et une IT de 50% dès le 16.06.2008, comme mentionnée par le médecin traitant. C'est probablement « généreux » mais en l'absence d'arguments médicaux au dossier pour démontrer une exigibilité et une chronologie différente[s], je propose de l'accepter.

En résumé, la **capacité de travail dans une activité adaptée** a évolué comme suit :

CT	0% du 02.04.2008 au 15.06.2008
	50% du 16.06.2008 au 09.10.2008
	75% dès le 10.10.2008"

Le 25 septembre 2009, l'assuré a de nouveau été examiné par la Dresse K.\_\_\_\_\_, laquelle a observé notamment ce qui suit :

"L'assuré est revu pour évaluer l'exigibilité avec les descriptions des postes de travail offrant des périodes de pauses officielles dans lesquelles pourraient être incluses les périodes de pauses médicalement justifiées.

[...]

#### **EXAMEN CLINIQUE :**

Assuré de 50 ans, maintenant un excès pondéral.

Il marche avec une discrète boiterie de décharge du MID qu'il tient en discrète rotation externe. Les cicatrices en regard de la cheville droite restent fines et indolores.

Il persiste un empâtement de la cheville et du médio-tarse avec une différence de 1 cm. Je ne retrouve plus de chaleur locale ni l'œdème

prenant le godet. Il n'y a pas de signe faisant évoquer une algodystrophie.

La cheville droite est bien fixée. Il persiste une mobilité sous-astragalienne, indolore, diminuée de moitié par rapport à la gauche.

Pour les MS, le status reste comparable sans amyotrophie avec une discrète limitation du carpe droit. La force de préhension est à 30kg à droite (40kg à gauche).

Il n'y a pas eu de nouveau bilan radiologique depuis le dernier contrôle du 10.10.2008.

On se trouve à un délai de 1½ ans d'une arthrodèse tibio-tarsienne par abord antérieur avec une évolution discrètement favorable d'un état irritatif. Le status montre une arthrodèse stable.

Les limitations fonctionnelles restent d'actualité. Il faut éviter un travail en force avec de la marche, sur terrain irrégulier ou nécessitant la position à genoux ou accroupie. Il faut également éviter les activités sur des échelles ou escabeaux.

En intégrant les descriptifs de postes de travail donnés qui mentionnent que l'introduction de pauses dans le déroulement du travail est possible, sans implication d'une baisse de rendement, l'exigibilité m'apparaît totale. Ces pauses sont en effet nécessaires pour éviter l'ankylose lors de la remise en marche et éviter la recrudescence de signes irritatifs.

[...]

La situation est stable en ce qui concerne les séquelles post-traumatiques de la main droite.

Je m'écarte de l'incapacité partielle retenue par le Dr F. \_\_\_\_\_ vu l'évolution actuelle favorable et au vu des descriptifs des postes de travail adaptés."

Par décision du 22 octobre 2009, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 36%, dès le 1<sup>er</sup> octobre 2008, ainsi qu'une IPAI d'un taux de 15%. Elle a notamment considéré ce qui suit :

"Sur la base des constatations médicales, les séquelles accidentelles, si elles se sont aggravées, n'empêcheraient pas M. Z. \_\_\_\_\_ d'exercer une activité légère sur sol plat, évitant les positions malcommodes agenouillées ou accroupies et ne sollicitant pas de manière soutenue la main et le poignet droits. Une telle activité (p. ex. dans différents secteurs de l'industrie à des travaux de petite mécanique, de surveillance de machines, contrôle ou tri de produits manufacturés, etc.) est médicalement exigible et permettrait d'obtenir un revenu d'au moins CHF 48200.-. Comparé au gain d'environ CHF 75500.- réalisable sans les accidents, il en résulte une

perte de 36,16 %. Nous augmentons dès lors la rente d'invalidité à 36 %."

Statuant sur l'opposition formée par l'assuré le 3 décembre 2009, la CNA a rendu le 21 janvier 2010 une décision sur opposition confirmant son prononcé du 22 octobre 2009. Elle s'est notamment fondée sur l'avis de son médecin-conseil, le Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, du 19 janvier 2010. Sur la base des documents médicaux attestant de l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis son accident de février 1997, ce médecin retenait qu'il n'y avait pas eu de changement dans l'état de santé de l'assuré entre les deux examens pratiqués par la Dresse K. \_\_\_\_\_, ou à tout le moins aucune péjoration; il affirmait en outre que toutes les descriptions de postes retenues étaient exigibles à 100% et que, dans une activité adaptée, l'introduction de pauses supplémentaires n'était pas nécessaire. Le 16 février 2010, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition susmentionnée.

Le 25 mai 2010, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui octroyer, du 1<sup>er</sup> juin 2008 au 31 août 2008, le droit à un quart de rente puis, dès le 1<sup>er</sup> septembre 2008, le droit à une demi-rente, cette prestation étant supprimée dès le 1<sup>er</sup> février 2009. Il a notamment considéré ce qui suit :

**"Résultat de nos constatations :**

- Nous constatons que vous présentez une invalidité moyenne de 40% durant douze mois dès le 1<sup>er</sup> juin 2008 (10 mois à 32% de préjudice économique et 2 mois à 100%, soit à partir du mois d'avril 2008, date de l'intervention pour l'arthrodèse tibio-tarsienne). Dès lors, à partir du 1<sup>er</sup> juin 2008, le droit à un quart de rente est reconnu.
- Du point de vue médical, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi par le Service médical régional.
- A partir du mois de septembre 2008, vous présentez une incapacité de travail de 50% dans une activité qui soit adaptée à vos limitations fonctionnelles.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données

statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, CHF 4732.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4933.11 (CHF 4732.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59197.32.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2008 (+ 1.60% pour 2007 et + 2.07% pour 2008; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 61389.47 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 50%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 30694.75 par année.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 30694.75.

**Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :**

sans invalidité	CHF 73'141.00		
avec invalidité	CHF 30'694.00		
La perte de gain s'élève à	CHF 42'447.00	=	un degré d'invalidité de 58 %

- Dès le 1<sup>er</sup> septembre 2008, vous avez ainsi droit à une demi-rente.
- Toutefois, nous constatons qu'à partir du mois de novembre 2008, votre état de santé s'est amélioré. Vous présentez une capacité de travail raisonnablement exigible à 100% avec une diminution du rendement de 20% dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles.
- Dès lors, nous avons déterminé votre degré d'invalidité par le biais d'une approche théorique.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, CHF

4732.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4933.11 (CHF 4732.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59197.32.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2008 (+ 1.60% pour 2007 et + 2.07% pour 2008; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 61389.47 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Votre capacité de travail étant de 100% avec une diminution de rendement de 20%, le revenu annuel d'invalide s'élève à CHF 49111.57[.]

**Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :**

sans invalidité	CHF 73'141 .00		
avec invalidité	CHF 49'111.55		
La perte de gain s'élève à	CHF 24'029.45	=	un degré d'invalidité de 37 %."

L'assuré a contesté ce projet de décision par acte du 17 juin 2010, rédigé par son mandataire. A cette occasion, il a notamment invité l'OAI à s'adresser au Dr E.\_\_\_\_\_, oto-rhino-laryngologiste, concernant un problème à l'oreille interne droite ainsi qu'une intervention prévue pour le 1<sup>er</sup> septembre 2010 en raison d'un papillome récidivant. Il a également renvoyé l'office à s'adresser au Dr H.\_\_\_\_\_ s'agissant de ses problèmes d'arthrose.

Dans un rapport du 28 septembre 2010, le Dr H.\_\_\_\_\_ a posé comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail ceux de lombalgies chroniques, fracture du scaphoïde carpien droit, méniscectomie gauche, gonarthrose gauche, cervicarthrose et entorse sévère de la cheville droite. A titre d'atteintes sans effet sur la capacité de travail, il a mentionné une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BCPO), de l'hypertension artérielle, une hernie hiatale avec reflux gastro-œsophagien (RGO), un papillome inversé nasal gauche et un syndrome d'apnées du sommeil (SAS) léger. Il a indiqué que la situation demeurait inchangée depuis son dernier rapport datant de 2007, les problèmes orthopédiques n'ayant pas connu de développement clinique significatif. Il

a signalé la découverte d'un SAS et d'une polypose nasale opérée sans répercussion sur la capacité de travail. Il a en outre mentionné ce qui suit :

"Toujours et encore des douleurs des MI et cervic[o]-lombaire asso[c]iée[s] à une boiterie. Revendication asséculogique pour l'obtention d'une rente. Peu voire pas de motivation à une réinsertion professionnelle chez un patient sans aucune formation diplômée à disposition."

Enfin, le Dr H.\_\_\_\_\_ a précisé qu'aucune amélioration n'était à attendre sur les plans fonctionnel et symptomatologique, et que la capacité de travail était nulle dans l'activité de plâtrier.

Dans un rapport du 29 octobre 2010, le Dr E.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de crises de vertiges récidivants d'origine indéterminée et d'aréflexie vestibulaire périphérique droite. Comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail, il a mentionné une volumineuse récurrence de papillome sino-nasal gauche depuis 1992, ayant fait l'objet d'une cure chirurgicale le 30 août 2010. Il a fait état d'une notion de vertiges rotatoires en crise sur des périodes de trois jours, sinon asymptomatique, hormis une légère instabilité résiduelle. Il a déclaré avoir constaté une aréflexie vestibulaire périphérique droite aux épreuves caloriques, l'examen otoneurologique étant normal. Il a émis un pronostic favorable et indiqué qu'aucun traitement n'était suivi, une médication en réserve ayant été prescrite en cas de vertiges. Il a considéré que l'activité habituelle de l'assuré était exigible à 100%.

Dans un avis médical du 17 novembre 2010, le Dr J.\_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit :

"Le rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 28.09.10 ne fait aucune mention, ni d'arthrose cervicale, ni de vertiges. Il continue d'attester une IT de 100%, sans interruption depuis 2003. Ce document n'apporte aucun élément nouveau.

Le rapport du Dr E.\_\_\_\_\_ du 29.10.10 retient les diagnostics de « crises de vertiges récidivants d'origine indéterminée. Aréflexie vestibulaire périphérique droite. » Une cure chirurgicale de récurrence de papillom[e] sino-nasal G a eu lieu ambulatoirement le 30.08.10. Le Dr E.\_\_\_\_\_ atteste une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle de plâtrier.

En l'absence de fait nouveau de nature à modifier la capacité de travail, nous maintenons nos conclusions."

Par lettre du 18 mars 2011, l'OAI écrit à l'assuré ce qui suit :

"Par projet d'acceptation de rente du 25 mai 2010, nous vous avons reconnu le droit à un quart de rente du 1<sup>er</sup> juin 2008 au 31 août 2008 puis à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2008 au 31 janvier 2009.

Dans votre courrier du 17 juin 2010, vous contestez la capacité de travail retenue. Vous alléguiez en effet ne pas être en mesure de travailler en raison de votre état de santé.

Nous avons interrogé le Dr E.\_\_\_\_\_ et le Dr H.\_\_\_\_\_. Or, force est de constater que le rapport médical du Dr H.\_\_\_\_\_ du 28 septembre 2010 ne fait aucune mention, ni d'arthrose cervicale, ni de vertiges. Ce document n'apporte aucun élément médical nouveau.

Le rapport du Dr E.\_\_\_\_\_ du 29 octobre 2010 retient les diagnostics de « crise de vertiges récidivants d'origine indéterminée. Aréflexie vestibulaire périphérique droite ». De plus, une cure chirurgicale de la récurrence de papillom[e] sino-nasal gauche a eu lieu ambulatoirement le 30 août 2010. Toutefois, le Dr E.\_\_\_\_\_ atteste une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle de plâtrier.

Au vu de ce qui précède, votre contestation du 17 juin 2010 ne nous apporte aucun élément susceptible de modifier notre position. Notre projet du 25 mai 2010 est fondé et doit être entièrement confirmé."

Par décision du 5 mai 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision du 25 mai 2010 et alloué à l'assuré un quart de rente du 1<sup>er</sup> juin 2008 au 31 août 2008, puis une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> septembre 2008, celle-ci étant supprimée dès le 1<sup>er</sup> février 2009.

**D.** Par acte du 6 juin 2011, Z.\_\_\_\_\_, représenté par Me Catherine Jaccottet Tissot, a interjeté recours contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, avec suite de frais et dépens, à sa réforme, en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une rente entière pour la période du 2 avril au 15 juin 2008, puis d'une demi-rente du 16 juin au 31 janvier 2009 et enfin d'un quart de rente à compter du 1<sup>er</sup> février 2009. Le requérant critique tout d'abord l'octroi d'un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2008, s'agissant tant du point de départ de la rente que de son taux. Il relève à cet égard qu'il a subi une

arthrodèse tibio-tarsienne le 2 avril 2008 et qu'il est ensuite demeuré à l'arrêt de travail complet tout au moins jusqu'au dépôt du rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 16 juin 2008, lui reconnaissant une capacité de travail de 50%. Il en déduit que le point de départ de la rente aurait dû être fixé au 2 avril 2008, date à laquelle a été pratiquée l'arthrodèse tibio-tarsienne, et que son incapacité était entière à tout le moins durant les deux mois qui ont suivi cette intervention. Le recourant conteste par ailleurs l'appréciation de l'OAI selon laquelle son degré d'invalidité n'atteindrait pas 40% pour la période postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2010. Sur ce plan, il rappelle que le rapport du 28 septembre 2010 du Dr H. \_\_\_\_\_ signale des douleurs des membres inférieurs ainsi qu'au niveau cervico-lombaire, associées à une boiterie, et que c'est donc à tort que le Dr J. \_\_\_\_\_, dans son avis du 17 novembre 2010, a retenu que ce rapport ne faisait aucune mention d'arthrose cervicale. Il doute de surcroît que l'on puisse dénier la nature incapacitante des crises de vertiges récidivants d'origine indéterminée mentionnées par le Dr E. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 29 octobre 2010. Il considère enfin qu'au vu des affections d'origine malade qui s'ajoutent aux séquelles des différents accidents dont il a été victime, l'intimé ne pouvait lui refuser le droit à un quart de rente d'invalidité à tout le moins.

Dans sa réponse du 26 août 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours. Pour l'essentiel, il confirme le bien-fondé de l'octroi d'un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2008, celui-ci résultant du calcul de l'incapacité de travail moyenne en fonction du taux d'invalidité de 28% (s'élevant en réalité à 32%) retenu dans la décision sur opposition du 20 mai 2008 et de l'incapacité de travail totale survenue du 2 avril au 15 juin 2008. Pour la période postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2009, l'office retient que le recourant ne pouvait plus prétendre à une rente, attendu que son état de santé s'était amélioré dès le mois de novembre 2008 et qu'il pouvait depuis lors exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à un taux de 100%, avec une diminution de rendement de 20%. L'intimé relève de surcroît que les rapports des Drs H. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_, respectivement des 28 septembre et 29 octobre 2010, ne renferment aucun élément susceptible de mettre en doute cette appréciation.

Un second échange d'écritures a été ordonné, dans le cadre duquel les parties n'ont pas soulevé de nouveaux arguments.

Le dossier de la CNA a été versé en cause, comportant notamment les pièces suivantes :

- une lettre du 18 novembre 2008 de V.\_\_\_\_\_ SA, exposant que si l'assuré avait encore été au service de l'entreprise et en pleine possession de ses moyens, son salaire horaire en 2008 aurait atteint 31 et 32 fr. auxquels se seraient ajoutés un treizième salaire et une indemnité de vacances, pour une moyenne annuelle de travail de 41 h 25 par semaine;

- cinq DPT datant de 2009 : collaborateur de production à [...] (DPT n° [...], 42'100 fr. de salaire minimum) ou à [...] (DPT [...], 45'180 fr. de salaire minimum, et DPT [...], 49'000 fr. de salaire minimum), chauffeur-livreur à [...] (DPT [...], 50'396 fr. de salaire minimum) et aide-mécanicien à [...] (DPT [...], 54'600 fr. de salaire minimum).

Par arrêt rendu le 16 mars 2012 dans la cause opposant le recourant à la CNA, la Cour de céans a rejeté le recours et confirmé la décision sur opposition de la caisse du 21 janvier 2010 (AA 22/12 - 233/2012).

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56 et 58

LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui 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), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 al. 1 a LPA-VD).

**2. a)** Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (cf. ATF 109 V 114 consid. 2b, TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2), il convient de traiter 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 de refus de rente, 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, 130 V 71 consid. 3.2; cf. TF 9C\_685/2011 du 6 mars 2012).

**b)** Le bien-fondé d'une décision d'octroi d'une rente temporaire doit être examiné au regard des conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA (cf. notamment arrêts 9C\_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2, 8C\_104/2009 du 14 décembre 2009 consid. 2 et 8C\_180/2009 du 8 décembre 2009 consid. 3).

L'art. 17 al. 1 LPGA prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est,

d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Selon l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (al. 2).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (cf. TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (cf. ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait 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 les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et ATF 125 V 368 consid. 2 avec la référence citée; cf. TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références).

**c)** En l'espèce, il y a dès lors lieu d'examiner si l'état de santé du recourant s'est modifié de manière à influencer sur le droit à la rente depuis la dernière décision entrée en force du 20 mai 2008 et, dans l'affirmative, si cette modification est susceptible d'avoir des conséquences pour la période au-delà du 31 janvier 2009.

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

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). 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. 2c et 105 V 156 consid. 1; cf. TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (cf. ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a; cf. TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, 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 125 V 351 consid. 3a et 134 V 231 consid. 5.1; 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) Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et qu'il y a lieu de meure en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (cf. ATF 135 V 465).

**4.** En l'espèce, le recourant conteste le point de départ de la rente et son taux, estimant avoir droit à une rente entière dès le 2 avril 2008, s'étant trouvé à l'arrêt de travail complet depuis cette date et ce tout au moins jusqu'au dépôt du rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 16 juin 2008, lui reconnaissant alors une capacité de 50%. Il allègue en outre que c'est à tort que l'OAI a retenu qu'il n'atteindrait pas un taux d'invalidité de 40% pour la période postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2010. Il relève que le rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ du 28 septembre 2010 mentionne explicitement la persistance de douleurs des membres inférieurs ainsi qu'au niveau cervico-lombaire, associées à une boiterie; il estime que c'est dès lors de manière erronée que, dans son avis médical du 17 novembre 2010, le Dr J. \_\_\_\_\_ a indiqué que le rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ ne faisait mention d'aucune arthrose cervicale. Par ailleurs, il doute que les crises de vertige récidivant relevées par le Dr E. \_\_\_\_\_ n'auraient aucune incidence sur la capacité de travail. Enfin, il soutient que dans la mesure où la CNA retient un taux d'invalidité de 36% fondé sur des accidents, l'OAI, compte tenu des affections d'origine malade dont il souffre et qui portent atteinte à la capacité de travail, ne pouvait dénier le droit à un quart de rente tout au moins. Il se prévaut plus particulièrement des difficultés de mobilité et de

l'absence de sensibilité des quatre doigts de la main droite, qui n'ont pu faire l'objet à ce jour d'une investigation complète et pour lesquelles on ne peut exclure une origine en partie malade dégénérative.

**a)** Lorsque l'OAI a rendu sa décision du 20 mai 2008, il s'est fondé sur l'expertise du Prof. M. \_\_\_\_\_ du 23 mai 2005, lequel a tenu compte des pathologies dont était atteint le recourant, à savoir des douleurs résiduelles de la cheville droite, un status post-lésions ostéochondrales du dôme supérieur externe de l'astragale droite sur entorses à répétition, ayant bénéficié d'une mosaïque-plastie ostéochondrale, une gonarthrose gauche débutante, des lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs, une fracture du scaphoïde carpien à droite en 1996, une méniscectomie du genou gauche en 2000 ainsi qu'un ulcère gastro-duodéal en 2003. Il a retenu une capacité de travail entière avec un rendement réduit de 20% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant (pas de port régulier de charges lourdes de plus de 15 kg, avec possibilité de changement de position). Concernant en particulier la main droite, le Prof. M. \_\_\_\_\_ a considéré que la mobilisation du poignet et de la main droite était complète.

Dans un rapport médical du 17 avril 2007, le Dr H. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombalgies chroniques, fracture sur scaphoïde carpien droit, méniscectomie gauche, gonarthrose gauche, entorses à la cheville droite et arthrose cervicale, l'incapacité de travail étant totale depuis le 18 septembre 2001. Toujours le 17 avril 2007, le Dr H. \_\_\_\_\_ a précisé qu'un travail de bureau sans port de charges ni déplacement pouvait être exercé avec une diminution de rendement de 20% ou que l'assuré pouvait exercer la profession de gardien de parking à 80%.

**b)** Quant aux circonstances existant lors de la décision attaquée, s'agissant de la cheville droite, il appert que le rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 16 juin 2008 indiquait qu'une fois atteinte la guérison complète suite à l'opération du 2 avril 2008, on pourrait escompter une

capacité de travail d'au moins 50% dans une activité permettant une position uniquement assise ou avec très peu de déplacements et comportant la possibilité de se lever fréquemment pour changer la position de la cheville. Le 10 octobre 2008, la Dresse K.\_\_\_\_\_ a examiné le recourant et a admis, en relation avec l'état irritatif post-opératoire (décrivant notamment une chaleur locale et un discret oedème prenant le godet), une incapacité de travail résiduelle de 25% dans une activité ne sollicitant pas le membre inférieur droit, comportant peu de déplacements et évitant les terrains irréguliers, les escabeaux, les échelles et la position à genoux ou accroupie, tout en signalant que la capacité de travail de 50% retenue par le Dr F.\_\_\_\_\_ était exigible au moment du rapport de ce dernier. Après avoir réexaminé le recourant une année plus tard, soit le 25 septembre 2009, la Dresse K.\_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution favorable (notant notamment l'absence de chaleur locale et d'oedème) et n'a plus retenu aucune incapacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites dans son précédent rapport, qui restaient d'actualité. Le Dr A.\_\_\_\_\_ (rapport du 19 janvier 2010) a confirmé que, dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière et que l'introduction de pauses supplémentaires n'était pas nécessaire.

En ce qui concerne les séquelles post-traumatiques de la main droite, la Dresse K.\_\_\_\_\_ a indiqué dans ses deux rapports précités que la situation était stationnaire par rapport à l'examen final du 28 octobre 1999.

Quant au Dr H.\_\_\_\_\_, il a posé comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail ceux de lombalgies chroniques, fracture du scaphoïde carpien droit, ménissectomie gauche, gonarthrose gauche, cervicarthrose et entorse sévère de la cheville droite. Par ailleurs et surtout, il a indiqué que la situation demeurait inchangée depuis son dernier rapport datant de 2007, les problèmes orthopédiques n'ayant pas connu de développement clinique significatif (rapport du 28 septembre 2010). Enfin, le Dr E.\_\_\_\_\_ a certes posé le diagnostic de crises de

vertiges récidivants, mais a estimé que l'activité habituelle du recourant demeurait entièrement exigible (rapport du 29 octobre 2010).

Par conséquent, force est de constater que les pièces figurant au dossier ne permettent de retenir aucune aggravation de l'état de la main droite du recourant depuis la dernière décision entrée en force. En outre, contrairement à ce que prétend l'assuré, on ne saurait retenir sur la base des rapports des Drs H. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_, respectivement des 28 septembre et 29 octobre 2010, que des problèmes d'arthrose ou de vertiges invalidants se seraient développés depuis la décision sur opposition du 20 mai 2008.

Le rapport établi le 25 septembre 2009 par la Dresse K. \_\_\_\_\_ se fonde sur un examen complet de l'assuré, notamment de sa cheville et de sa main droites, ainsi que sur son dossier médical. Il prend également en considération les plaintes émises par le recourant. La Dresse K. \_\_\_\_\_ a expliqué les raisons pour lesquelles elle s'écartait de son appréciation précédente (soit de l'incapacité de travail résiduelle de 25% retenue dans son rapport du 10 octobre 2008) et de celle du Dr F. \_\_\_\_\_ du 16 juin 2008 (capacité de travail de 50% minimum). L'évolution observée lui est en effet apparue favorable, la cheville ne présentant notamment plus d'état irritatif, au vu de l'absence désormais de chaleur locale et d'oedème prenant le godet. Ses conclusions ne sont par ailleurs pas incompatibles avec celles du rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ précité, aux termes duquel ce praticien indiquait n'avoir procédé qu'à une estimation de la capacité de travail minimum de son patient, avant la stabilisation de son état de santé. Il s'ensuit que le rapport de la Dresse K. \_\_\_\_\_ souscrit aux réquisits posés par la jurisprudence et a ainsi valeur probante.

Il y a lieu dès lors de retenir que l'aggravation de l'état de la cheville du recourant a été passagère, entraînant une incapacité de travail totale du 2 avril au 15 juin 2008 et à 50% depuis le 16 juin 2008 et jusqu'en octobre 2008. Dès ce moment, la capacité de travail du recourant est restée totale dans une activité adaptée, avec un rendement réduit de

20% bien que ses limitations fonctionnelles soient plus nombreuses que celles retenues dans la dernière décision, les limitations supplémentaires décrites par la Dresse K. \_\_\_\_\_ étant dues à l'état de la cheville droite suite aux opérations du 9 janvier 2007 et du 2 avril 2008 (activité légère sur sol plat, comportant peu de déplacement et évitant les positions malcommodes agenouillées ou accroupies).

**c)** En ce qui concerne le point de départ de la rente, l'assuré doit avoir présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et au terme de cette année être invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI). Le délai d'attente est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail indiscutable au vu des circonstances, une réduction de la capacité de travail de 20 % étant d'ailleurs, en règle générale, déjà considérée comme significative (cf. Pratique VSI 1998 p. 126; cf. ch. 2010 ss de la Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité [CIIAI]). Dans le cas présent, l'OAI s'est fondé sur la décision du 20 mai 2008 retenant une incapacité de gain de 28%, en rectifiant le calcul effectué dans cette décision portant ainsi ce taux à 32%, et sur le taux d'incapacité de travail de 100% dans toute profession dès le 2 avril 2008. Afin de calculer l'invalidité moyenne de 40% sur un an, il a retenu deux mois à 100% et dix mois à 32% ( $[2 \times 100] + [10 \times 32] = 520 / 12 = 43.33\%$ ). C'est ainsi à juste titre que l'OAI a fixé le point de départ de la rente limitée dans le temps au 1<sup>er</sup> juin 2008, considérant que l'intéressé pouvait prétendre dès cette date à un quart de rente d'invalidité.

**5.** 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 comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus 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).

**a)** Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.1; cf. TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; cf. TF 9C\_409/2009 du 11 décembre 2009 consid. 3. et TF I 1034/06 du 6 décembre 2007 consid. 3.3.2.1).

L'année de comparaison des revenus est celle du début du droit à la rente (cf. ATF 128 V 174 consid. 4a), soit 2008 en l'espèce.

Comme revenu sans invalidité, l'OAI a retenu le montant 73'141 fr. qui correspond à celui communiqué par V.\_\_\_\_\_ SA le 18 novembre 2008. Ce montant, d'ailleurs non contesté, n'est pas critiquable.

**b)** Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En l'absence, comme en l'espèce, 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'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; cf. TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). 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 I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; cf. VSI 1999 p. 182).

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, 4'806 fr. par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA1, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,6 heures; cf. La Vie économique, 6-2011, p. 94, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élève à 4'998 fr. 24 (4'806 fr. x 41,6 / 40), ce qui donne un salaire annuel de 59'978 fr. 88.

Le recourant ayant eu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée de juin 2008 à octobre 2008, son salaire avec invalidité était de 29'989 fr. 44. Son incapacité de travail s'est alors élevée à 59% ([73'141 fr. - 29'989 fr. 44] / 73'141 fr), ouvrant ainsi le droit à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> septembre 2008 (cf. art. 88a al. 2 RAI). Compte tenu de l'amélioration de son état de santé dès après octobre 2008, à savoir une capacité de travail entière avec diminution de rendement de 20% dans une activité adaptée, le salaire avec invalidité est depuis lors de 47'983 fr. 10 et le taux d'invalidité de 34.4% ([73'141 fr. - 47'983 fr. 10] / 73'141 fr), justifiant ainsi la suppression de la demi-rente avec effet au 1<sup>er</sup> février 2009 (cf. art. 88a al. 1 RAI).

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

**b)** Les frais, arrêtés à 400 fr., doivent être mis à la charge du recourant. En outre, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,**

**la Cour des assurances sociales**  
**prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 5 mai 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Un émolument de justice, arrêté à 400 fr. (quatre cents francs), est mis à la charge du recourant.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Catherine Jaccottet Tissot (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :