

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 mars 2013

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mme Di Ferro Demierre et M. Bidiville, assesseur
Greffier : M. Simon

* * * * *

Cause pendante entre :

J. _____, à Saint-Saphorin, recourant, représenté par Me Christian Bettex,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 et 17 al. 1 LAI; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après: l'assuré), né en 1960, de nationalité portugaise et au bénéfice d'un permis d'établissement, a travaillé depuis 1988 comme ouvrier viticole. Le 31 mars 2005, dans les vignes, il a été victime d'une chute sur la hanche gauche, mais a poursuivi son activité pendant près d'une semaine. En raison de douleurs persistantes, il a consulté son médecin traitant, qui lui a prescrit un arrêt de travail de six semaines en raison d'une fracture de la hanche ischio-pubienne gauche. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA).

Le 27 janvier 2006, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi d'orientation professionnelle, de reclassement dans une nouvelle profession, de rééducation dans la même profession et d'un placement. Comme atteinte à la santé, il a indiqué qu'une prothèse de hanche à gauche était envisagée.

Le dossier de l'assuré auprès de la CNA a été produit. Y figurent notamment les documents médicaux suivants:

- Un rapport de la CNA du 8 juillet 2005 rempli par le Dr [...], médecin généraliste traitant de l'assuré, posant le diagnostic de fracture de la hanche ischio-pubienne gauche. Il a attesté une reprise du travail le 27 juin 2005, et retenu la persistance de douleurs du bassin à gauche.

- Un rapport du 2 septembre 2005 du Dr Z._____, médecin d'arrondissement de la CNA, relevant qu'une IRM avait mis en évidence un foyer d'ostéonécrose. Il a retenu que l'assuré se plaignait de la persistance de douleurs inguinales gauches relativement importantes, malgré une bonne mobilité de la hanche gauche.

- Un certificat médical du 26 septembre 2005 du Dr [...], chirurgien FMH, indiquant une incapacité de travail à 100% depuis le 29 juillet 2005.

- Un rapport du 17 octobre 2005 d'un médecin de l'Hôpital Riviera, qui a retenu que l'assuré présentait une fracture transverse sans déplacement de la tête fémorale gauche avec épanchement intra-articulaire. Il a attesté une incapacité de travail à compter du 29 juillet 2005.

- Un rapport du 21 décembre 2005 du Dr C._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi que médecin adjoint à l'Hôpital orthopédique, qui a diagnostiqué une nécrose aseptique de la tête fémorale gauche. Il a retenu que cette lésion existait probablement avant l'accident du 31 mars 2005, et qu'elle a été décompensée en stade III suite à cet événement. Au vu de l'importance de la symptomatologie, il a retenu qu'une arthroplastie pouvait permettre à l'assuré de reprendre progressivement une activité professionnelle complète.

- Un rapport du 30 décembre 2005 du Dr V._____, retenant le diagnostic de fissuration de la tête fémorale gauche dans un plan transverse. Il a retenu que l'assuré avait mal à sa hanche, que la fracture paraissait augmenter et qu'il y avait une probable ostéonécrose de la tête fémorale gauche, le traitement indiqué étant une prothèse.

Sur le plan économique, un extrait du compte individuel de l'assuré auprès de la caisse cantonale vaudoise de compensation AVS a été versé au dossier, mettant en évidence un revenu de 49'400 fr. en 2004. Dans un questionnaire pour l'employeur du 6 mars 2006, la société K._____ a indiqué que l'assuré avait travaillé jusqu'au 31 octobre 2003 comme ouvrier viticole, pour un salaire de 3'942 fr. 95 depuis janvier 2003. Dans un questionnaire pour l'employeur du 6 mars 2006, la société Y._____ a indiqué que l'assuré avait travaillé du 1^{er} janvier au 31

décembre 2005 comme viticulteur, pour un salaire de 4'200 fr. depuis mars 2005.

L'OAI s'est adressé au Dr [...], qui dans un rapport du 20 avril 2006 a retenu que les douleurs avaient été peu importantes au début, l'assuré ayant pu travailler à 100% dès le 27 juin 2005. Une récurrence des douleurs de la hanche gauche avait entraîné une incapacité de travail à 100% depuis le 1^{er} août 2005. L'évolution n'a pas été favorable et une opération de la hanche gauche a alors été prévue.

Le 27 avril 2006, l'assuré a été opéré à l'Hôpital orthopédique et une prothèse de la hanche gauche lui a été posée. Selon une lettre de sortie datée du même jour, l'intervention a été bien supportée et les suites ont été simples et afebriles. L'évolution a été favorable.

Dans un rapport du 22 septembre 2006, le Dr Z._____ a retenu que l'assuré était relativement satisfait de l'opération du 27 avril 2006, même si des douleurs résiduelles subsistaient encore. Objectivement, la mobilité de la hanche gauche était bonne, mais la mobilisation paraissait encore très douloureuse en fin de course. La reprise de l'activité antérieure paraissait difficilement envisageable.

L'assuré a effectué un séjour à la clinique romande de réadaptation à Sion (ci-après: la CRR) du 3 octobre au 7 novembre 2006. Dans un rapport de sortie du 14 novembre 2006 du Dr Q._____, rhumatologue FMH, il a été retenu ce qui suit:

"M. J._____ présente des coxalgies G, 6 mois après la mise en place d'une prothèse totale de hanche. Durant le séjour, des progrès subjectifs et objectifs ont été constatés permettant une amélioration de la force, de l'endurance, de l'équilibre et une disparition de la boiterie. Nous proposons de poursuivre la physiothérapie ambulatoire à visée de renforcement musculaire des fessiers et de stretching. Dans le cadre du bilan, nous laissons le soin à l'opérateur, le Dr C._____, d'évaluer l'indication à un CT-scan de la hanche G. Sur le plan biomédical, nous maintenons l'incapacité totale de travail dans la profession d'ouvrier viticole. Une rééducation est encore nécessaire et il est trop tôt selon nous pour dire s'il faut un reclassement professionnel pour M. J._____. Au

besoin, nous restons disponibles pour une évaluation professionnelle".

Selon un rapport du 5 décembre 2006 du Dr C._____, l'assuré souffrait d'importantes douleurs résiduelles du pli de l'aîne sans amélioration malgré une prise en charge physiothérapeutique régulière et des antalgiques. Il persistait ainsi des douleurs importantes du pli de l'aîne rendant toute reprise du travail impossible. Il était difficile aussi de faire participer l'assuré à une quelconque mesure de rééducation intensive.

Selon un nouveau rapport du 20 avril 2007, le même médecin a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'aggravait. Il a relevé que l'évolution suite à l'arthroplastie était défavorable, avec la persistance de douleurs "intolérables" au niveau du pli de l'aîne. Le pronostic était "réservé par rapport à l'état général du comportement du patient".

Le 10 juillet 2007, le Dr C._____ écrivait ensuite d'une consultation du 25 juin 2007 qu'il y avait peu d'évolution du point de vue de la symptomatologie, qui était toujours aussi importante avec des douleurs au pli de l'aîne irradiant dans le territoire crural.

Dans un rapport d'examen du 22 juin 2007, le Dr Z._____ a signalé que l'assuré disait avoir toujours des douleurs importantes dans toute la racine du membre inférieur gauche, douleurs permanentes et également nocturnes. Il a proposé un nouveau séjour de l'assuré à la CRR.

L'assuré a effectué un nouveau séjour à la CRR du 11 septembre au 16 octobre 2007, où des investigations rhumatologiques, psychiatriques, radiologiques et orthopédiques ont notamment été menées. Dans un rapport du 24 octobre 2007, le Dr Q._____ a retenu ce qui suit dans la partie "appréciation et discussion":

"A l'entrée, le problème principal pour le patient est des gonalgies droites apparues la veille de l'admission dans notre clinique sans notion de traumatisme. Une antalgie par Méfénacide le soulage un peu. Aucun mouvement n'est possible au niveau du genou droit.

Concernant les coxalgies, Monsieur J. _____ présente toujours les mêmes douleurs dans le pli inguinal à gauche permanentes cotées à 6/10 sur l'échelle EVA et augmentées à la marche à 7/10. Ces douleurs sont également accentuées la nuit lors des changements de position.

A signaler encore les signes d'une virose à l'entrée.

A l'examen clinique à l'entrée, les amplitudes de la hanche sont légèrement limitées par rapport à droite. La palpation du grand trochanter et du pli inguinal profond est déclarée douloureuse. On note aussi à l'entrée des signes d'une probable bursite prérotulienne à droite, avec tuméfaction et douleurs à la palpation de la zone prérotulienne. Tous les mouvements de cette articulation sont déclarés douloureux.

En ce qui concerne les coxalgies gauches une RX standard du bassin et de la hanche gauche a été effectuée le 14.09.2007 et le 26.09.2007, qui montre une bascule importante du bassin et une zone plus claire en regard du cotyle gauche.

Le bilan a été approfondi le 11.09.07 par une échographie de la hanche gauche avec infiltration d'anesthésique local au niveau de l'insertion des adducteurs. Ce test anesthésique était négatif. On retrouve un aspect très hétérogène des muscles moyens adducteurs, et pectinés au niveau de l'insertion sur le pubis par rapport au côté opposé, témoignant d'une insertionite locale.

Notre consultant-orthopédiste formule les mêmes conclusions que lors du précédent séjour, à savoir un probable conflit psoas/prothèse.

Par ailleurs, M. J. _____ présente à l'entrée une tuméfaction, douleur, rougeur et chaleur du genou droit, accompagnée par un syndrome inflammatoire (CRP 52 mg/L, leucocytose à 15 g/L), ainsi qu'une hyperuricémie. Une RX standard du genou ne montre pas de chondrocalcinose. L'évolution sous traitement par anti-inflammatoires et repos, est rapidement favorable, avec normalisation des paramètres sanguins et disparition de la tuméfaction de ce genou. Mais au cours du séjour, le patient développe soudainement des symptômes identiques au poignet gauche. Selon consultation de l'appareil locomoteur du 10.10.2007, il s'agit d'un épisode inaugural de goutte, ce diagnostic n'est pas certain, car les cristaux n'ont pu être mis en évidence. Le recours à un traitement uricofréteur ne se légitime pas. Avec les AINS, le patient a guéri de cette nouvelle crise.

A signaler encore une hypercholestérolémie qu'on propose au médecin-traitant de reconstrôler à distance.

Une augmentation isolée à l'entrée des gamma-GT, se corrige au cours du séjour avec le sevrage d'alcool.

Du consilium psychiatrique du 18.09.2007, on ne relève aucune psychopathologie notoire susceptible d'un traitement particulier. Une utilisation d'alcool de manière nocive pour la santé a été confirmée.

Durant le séjour, une évaluation diététique a été effectuée, qui relève une consommation de grande quantité de bière. Il mange dans l'ensemble toujours passablement d'aliments gras et relativement peu de verdure. Le régime pauvre en graisses animales et riche en fibres, avec desserts sans sucre, a été proposé à M. J. _____ durant le séjour.

Durant le séjour, M. J. _____ a suivi une physiothérapie comprenant un renforcement musculaire des fessiers, de la marche, de la proprioception avec mobilisation de la hanche droite, avec des traitements passifs de mobilisation de la hanche droite, massages des fessiers, étirements des psoas, ischiojambiers, quadriceps et dépressomassages de la cicatrice. Au niveau de la hanche gauche, on ne note aucune amélioration ni subjective, ni objective. Par ailleurs, la participation aux thérapies a été bonne. Il n'y a plus d'indication à continuer la physiothérapie.

2. En ce qui concerne l'activité professionnelle

M. J. _____ est annoncé à l'AI depuis le 27.01.2006. Il a été licencié en décembre 2006. Il exerçait comme dernière profession, celle de travailleur viticole. A la demande du médecin d'arrondissement de la Suva, nous avons effectué une évaluation et observation dans les ateliers professionnels. Lors de cette observation, nous constatons que le patient est peu motivé, et qu'il ne montre pas de volonté à mettre en évidence ses capacités personnelles. Selon les observations, une activité en position assise et debout alternée, sans déplacement important et sans charge serait tout à fait réalisable. Tenant compte qu'actuellement la situation médicale n'est pas encore stabilisée et de l'absence de motivation pour une phase I, il est décidé de ne pas mettre en route de mesures professionnelles.

En conclusion: ce patient présente, une année et demie après la pose d'une prothèse totale de hanche sur nécrose aseptique de la tête fémorale, des douleurs persistantes, mécaniques de l'aîne gauche. La symptomatologie est toujours reproduite plutôt en flexion-rotation externe et avait déjà fait suspecter lors du précédent séjour un conflit psoas/prothèse. La scintigraphie faite avant l'hospitalisation que nous n'avons pas pu voir montre peut-être une probable hyperactivité du versant acétabulaire, qui pourrait témoigner d'un problème mécanique à ce niveau. L'infiltration intra-articulaire pratiquée dans le courant de l'année a amélioré le patient pendant quelque temps, ce qui serait en faveur d'une origine intra-articulaire. Notre consultant-orthopédiste pense toujours qu'il existe un conflit entre cette grosse prothèse et le psoas, mais ce conflit n'a pas pu être mis en évidence par une échographie. Une infiltration d'anesthésique local au niveau de l'insertion des adducteurs qui était anormale en échographie n'a absolument pas modifié la symptomatologie non plus. Le patient doit revoir le Dr C. _____, pour décider ou non définitivement du changement de la prothèse. Il s'agit d'une décision probablement difficile à prendre, car il n'est pas certain que cela améliore le patient, mais d'un autre côté ce patient est jeune, il a des signes cliniques qui sont toujours les mêmes et reproduits toujours dans les mêmes circonstances, sans évidence de signe de non-organicité.

Sur le plan professionnel, l'évaluation aux ateliers a montré un patient peu motivé et qui a de la peine à se projeter dans l'avenir. On peut dire que s'il pouvait avoir une activité où il puisse alterner les positions assise, debout ou de petits déplacements, il pourrait à notre avis travailler à plein, mais quelques éléments nous font penser que la réintégration dans le monde du travail sera difficile, chez un patient sans aucune formation, qui possède la langue française de façon moyenne et qui présente des comorbidités non négligeables".

Dans un rapport du 5 novembre 2007, le Dr C._____ a retenu le diagnostic de suspicion d'impingement antérieur, sans en trouver l'origine. Il a signalé que l'assuré se plaignait toujours de douleurs dans la région trochantérienne au niveau du pli de l'aîne. Il a proposé un nouveau geste chirurgical.

Le 29 avril 2008, l'assuré a subi une ténotomie [opération dont l'objectif est de sectionner un tendon] arthroscopique du psoas gauche [muscle inséré sur la partie latérale antérieure des vertèbres lombaires, qui les lient au petit trochanter du fémur et permet de fléchir la cuisse], en raison d'une tendinite du muscle psoas après implantation d'une prothèse de la hanche gauche.

Le 3 octobre 2008, le Dr Z._____ a examiné l'assuré et a établi un rapport dont la conclusion est la suivante:

"Actuellement, le patient dit qu'il n'est pas satisfait de l'intervention. Il a plus de douleurs qu'avant, y compris dans le haut de la région inguinale. Les douleurs sont aggravées par les changements de temps. Le patient a aussi l'impression que sa cuisse gauche est enflée.

A l'examen clinique, il marche de nouveau avec une petite boiterie d'esquive du MIG.

Objectivement, la cuisse gauche est un peu plus volumineuse que la droite. La mobilité de la hanche gauche est assez bien récupérée, inchangée. La mobilisation entraîne des douleurs dans la région trochantérienne mais également dans le pli de l'aîne à gauche, qui irradient à la face antérieure de la cuisse. La force est bien restaurée mais la mise sous tension de tous les groupes musculaires est douloureuse.

Du point de vue thérapeutique, il ne me semble pas raisonnable de proposer un changement de prothèse à ce patient.

A cet égard, le fait que la Suva lui allouera des prestations aussi longtemps que le traitement ne sera pas terminé ne lui a probablement pas échappé et sans aucune perspective de réinsertion professionnelle, il n'est évidemment pas motivé à aller mieux".

Dans un rapport du 19 novembre 2008, le Dr C._____ a retenu que l'évolution était assez stationnaire, l'assuré avait récupéré un peu de force au quadriceps mais avait toujours autant de douleurs. La ténotomie du psoas effectuée n'avait en rien aidé l'intéressé. L'incapacité de travail était toujours de 100%.

Le 23 juillet 2009, le Dr Z._____ a examiné à nouveau l'assuré, et a conclu son rapport ainsi:

"Actuellement, le patient dit qu'il n'y a pas de changement. Il a toujours des douleurs inguinales, ainsi que dans le haut de la hanche, sur sa face externe. Les douleurs sont un peu permanentes, aggravées par la marche. En revanche, le patient n'a pas de douleurs nocturnes significatives.

A l'examen clinique, on retrouve un patient de petite taille, trapu, présentant un excès pondéral relativement important, qui marche pratiquement sans boiterie, un peu en rotation externe du pied gauche, avec une relative aisance.

Objectivement, la mobilité de la hanche gauche est assez bien récupérée, inchangée. La mobilisation paraît très douloureuse, surtout lorsqu'on fait une flexion de la cuisse sur le tronc, dans l'axe du membre, et le patient se défend avec beaucoup de force.

Il y a donc un état douloureux dans le cadre d'un status après mise en place d'une prothèse totale de hanche à gauche dont l'origine reste peu claire.

Dans ces conditions, il me semble peu probable qu'un changement de prothèse, même limité à la tige, améliore significativement la situation.

Le patient a été adressé à la consultation d'antalgie du CHUV.

Je n'y vois pas d'inconvénient mais je doute qu'on puisse faire quelque chose pour M. J._____.

De toute manière, un suivi orthopédique reste à la charge de la Suva.

On peut donc considérer que le cas est stabilisé du point de vue médical.

Il est clair que si le patient ne peut plus travailler comme employé viticole, il conserve une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Les limitations fonctionnelles sont les charges moyennes, la station debout prolongée et les longs trajets, surtout en terrain accidenté.

Si on se réfère à la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/5.f-2000, un taux de 30% peut être retenu par analogie avec une coxarthrose de gravité moyenne.

Un état antérieur n'étant pas prouvé, il n'y a pas lieu d'opérer une réduction".

Dans une fiche de calcul interne du 6 août 2009, l'OAI a retenu sur la base de l'ESS 2006 (après indexation à 2009) pour un taux de 100% un revenu d'invalidé de 55'958 fr., comprenant un taux d'abattement de 10%. Il a également retenu, selon les indications de l'ancien employeur de l'assuré et en tenant compte de l'évolution des salaires, un revenu sans invalidité de 58'035 fr. pour 2009.

Dans un courrier du 28 août 2009, la CNA a informé l'OAI que le cas était médicalement stabilisé depuis le 3 octobre 2008. Elle s'est référée à une note du 27 août 2009 du Dr Z._____, qui a retenu que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 3 octobre 2008.

Le 18 septembre 2009, l'OAI a établi un projet de décision selon lequel l'assuré pouvait bénéficier d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2006 au 31 janvier 2009. Il a retenu que l'assuré bénéficiait dès le 3 octobre 2008 d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Se fondant sur un revenu sans invalidité de 58'035 fr. comme employé viticole et sur un revenu d'invalidé de 55'958 fr. - selon l'ESS pour 2008, en tenant compte d'un abattement de 10% - l'OAI a retenu un degré d'invalidité de 3.57%.

De son côté, par décision du 26 octobre 2009, la CNA a reconnu le droit de l'assuré à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 32'040 fr. et a retenu que les séquelles de l'accident ne réduisaient pas la

capacité de gain de manière importante. Les conditions d'une rente n'étaient ainsi pas remplies.

Ensuite d'une consultation du 17 novembre 2009, le Dr C._____ a écrit qu'on se trouvait dans une impasse évolutive avec un patient qui présente des douleurs continues, pour qui l'activité initiale est absolument impossible et chez qui, vu d'importantes dyspraxies et notamment une alaxie et une connaissance partielle du français, aucune formation professionnelle n'est envisageable. Selon le médecin, l'assuré n'avait aucune capacité de travail sans discussion et de manière prolongée.

Sur proposition du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), l'assuré a été examiné le 8 mars 2010 par le Dr S._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 18 mars 2010, il a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'ostéonécrose aseptique de la tête fémorale gauche traitée par arthroplastie totale de hanche, de lombosciatalgies à gauche et de discopathies pluri-étagées. Il a également retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'obésité, d'hypercholestérolémie en traitement et de crises de goutte à répétition. Il a retenu une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle et de 80% dans une activité adaptée depuis février 2009, puis a indiqué ce qui suit dans son appréciation du cas:

"Assuré âgé de 49 ans, sans formation professionnelle particulière, ayant travaillé comme ouvrier viticole. Il a développé des douleurs en regard de sa hanche G, suite à une chute survenue le 31 mars 2005.

Les radiographies initiales ont montré la présence d'une fracture de la branche ischio-pubienne. Les douleurs de la hanche ont persisté. Une ostéonécrose aseptique de la tête fémorale G a été mise en évidence. Une arthroplastie totale de la hanche G a été effectuée le 26.04.2006. Malgré cette intervention, l'assuré garde des douleurs du membre inférieur G. Il souffre aussi de lombalgies avec irradiation le long du membre inférieur G. Les divers examens effectués ont permis d'établir que la prothèse a été mise en position idoine, qu'il n'y a pas de signe d'une arthrite septique, ni d'un descellement aseptique. Une ténotomie du psoas par arthroscopie effectuée le 29.04.2008 n'a pas permis de soulager la

symptomatologie douloureuse. L'origine exacte des douleurs du membre inférieur G n'est pas claire.

Limitations fonctionnelles

Il peut effectuer un travail sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel il peut alterner la position assis/debout. Il doit éviter le port de charges. De courts déplacements à plat sont possibles. Doit éviter les travaux penché en avant ou en porte-à-faux. Des courts déplacements à plat sont possibles.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Arrêt de travail à 100% du 31.03.2005 au 22.05.2005.

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

Reprise de travail à 50% du 23.05 au 26.06.2005.

Arrêt de travail à 100% à partir du 29.07.2005.

Le Dr Z._____, médecin d'arrondissement de la SUVA, dans son examen final de juillet 2009, considère que l'assuré peut travailler à 100%, dans un travail adapté à ses limitations fonctionnelles.

Les médecins de la Clinique romande de réadaptation ont conclu, suite au dernier séjour de l'assuré, qu'il pouvait travailler à 100%, dans un travail adapté à ses limitations fonctionnelles.

En septembre 2009, l'AI lui propose une rente limitée dans le temps jusqu'au 31 janvier 2009, ainsi qu'une aide au placement.

Le Dr C._____, dans son rapport du 17.11.2009, écrit que l'activité habituelle n'est pas possible et que l'assuré n'a aucune capacité de travail en raison d'importantes dyspraxies, notamment une alexie et une connaissance partielle du français, ainsi qu'une absence de formation professionnelle.

Après avoir examiné attentivement l'assuré et son dossier, nous considérons que le métier d'ouvrier viticole n'est plus exigible. Par contre, dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles, nous n'avons aucun argument pour diminuer sa capacité de travail, à l'exception des douleurs et les pauses nécessaires qui sont susceptibles de diminuer le rendement de 20%".

Dans un rapport du 7 avril 2010, sous la plume des Drs G._____ et P._____, spécialistes FMH en médecine interne générale, le SMR a retenu l'atteinte principale à la santé d'ostéonécrose aseptique de la tête fémorale gauche traitée par arthroplastie totale de hanche. La capacité de travail exigible a été évaluée à 0% dans l'activité habituelle et à 80% dans une activité adaptée depuis février 2009, à traduire par un spécialiste en réadaptation.

Dans une fiche de calcul interne du 23 avril 2010, l'OAI a retenu sur la base de l'ESS 2008 (après indexation à 2009) pour un taux de 100% un revenu d'invalidé de 43'767 fr. 79, comprenant une diminution de rendement de 20% et un taux d'abattement de 10%. Il a également retenu, selon les indications de l'ancien employeur de l'assuré et en tenant compte de l'évolution des salaires, un revenu sans invalidité de 58'035 fr. pour 2009.

Le 3 mai 2010, l'OAI a informé l'assuré qu'il retirait le préavis du 18 septembre 2009, dès lors que celui-ci ne tenait pas compte de la diminution de rendement de 20% résultant de l'examen au SMR.

Egalement le 3 mai 2010, l'OAI a accordé à l'assuré une orientation professionnelle pour déterminer ses possibilités de réinsertion.

Le 21 mai 2010, le Dr C. _____ a écrit ceci à l'attention du SMR:

"J'ai revu en contrôle le patient susmentionné qui présente, je dirais, une symptomatologie assez stable avec d'une part des douleurs persistantes au niveau du pli de l'aîne et de la région trochantérienne de la hanche gauche mais aussi des douleurs liées probablement aux radiculalgies L3-L4 dont il souffre avec depuis peu des phénomènes irritatifs à droite nouveaux.

Je suis quelque peu surpris de découvrir le courrier que vous lui avez adressé sur une orientation professionnelle. Certes, celle-ci me paraît, d'un point de vue théorique, parfaitement indiquée, et on voit bien que le courrier s'attache à appliquer la loi mais dans un rapport de la SUVA suite à l'évaluation pendant le séjour du 11 septembre au 16 octobre 2007 à la CRR, il était dit que les éléments nouveaux nous font penser que la réintégration dans le monde du travail sera difficile chez un patient sans aucune formation et qui possède la langue française de façon moyenne et qui présente des comorbidités non négligeables. Je ne suis pas certain que 3 ans plus tard, cette situation se soit améliorée. Il me paraît donc parfaitement illusoire d'envisager une formation professionnelle complémentaire et d'imaginer qu'il puisse reprendre une activité dans ce sens.

Dans ce contexte n'y a-t-il pas lieu de réévaluer cette situation de manière réellement objective et pas de manière purement législative".

Le 4 juin 2010, l'OAI a répondu au Dr C._____ que selon le SMR l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec un rendement de 20%. Il convenait donc de déterminer les activités accessibles à l'assuré respectant ses limitations fonctionnelles.

L'assuré a suivi un stage à l'ORIF du 25 octobre au 19 novembre 2010. Dans un rapport final de synthèse du 25 novembre 2011, les responsables de l'ORIF ont retenu ce qui suit:

"M. J._____ n'est pas dans une dynamique de reprise d'un emploi. Il est très dépendant d'un inconfort apparemment constant accompagné de fortes douleurs. L'attitude qu'il adopte compromet fortement toute tentative de reprise d'un travail. Il est difficile d'évaluer objectivement la portée réelle de ses douleurs sur les résultats obtenus en nos ateliers. Nous pouvons, tout au plus, décrire le comportement et signaler des rendements à la moitié de la norme. Il est difficile de justifier objectivement la différence de rendement entre le SMR et ce que nous avons observé".

Dans le cadre de ce stage, l'assuré a été examiné par le Dr X._____, spécialiste FMH en médecine interne générale, dont le rapport du 22 novembre 2010 comporte notamment ce qui suit:

"A l'atelier, M. J._____ se montre irrégulier, lent, peu assidu. Son rythme est haché par de nombreuses pauses pour effectuer des exercices d'assouplissement du dos ou des mains, pour aller chercher un verre d'eau ou pour aller aux toilettes. Ces mini-pauses fréquentes font chuter les rendements. Il se plaint de ses lombalgies et coxalgies. Il se plaint aussi de ses bras et de ses mains. La force de ses mains est misérable, 16 kg à droite chez un droitier et 23 kg à gauche pour une raison que nous n'expliquons pas. Sa gestuelle est hésitante et peu souple, la qualité pas toujours présente et les rendements faibles, parfois symboliques.

Aux termes de ces 4 semaines de stage, notre groupe d'observation retient chez cet homme un inconfort positionnel assis/debout, mais pas de limitation fonctionnelle évidente. Il a un manque de force dans les mains sans explication. Nous avons l'impression qu'il est resté nettement en dessous de ses réelles possibilités par manque de motivation. Nous ne pouvons par conséquent chiffrer sa réelle capacité de travail. Les travaux adéquats sont simples, répétitifs, légers, autorisant le changement de position assis/debout. Il peut s'agir de travaux à l'établi, de montage/démontage léger, de conditionnement par exemple".

Dans une fiche d'examen interne du 12 avril 2011, l'OAI a retenu un revenu sans invalidité de 58'035 fr. et un revenu d'invalidité de 43'767.79, ainsi qu'un degré d'invalidité de 24.58%.

Dans un courrier du 12 avril 2011, l'OAI a informé l'assuré par son conseil de l'octroi d'une rente limitée dans le temps, soit du 1^{er} juillet 2006 au 31 janvier 2009. Il a retenu que le degré d'invalidité présenté par l'assuré dès le 3 octobre 2008 était de 24.58%, de sorte que le droit à la rente s'éteint trois mois après cette date.

Par décision du 30 juin 2011, reçue le 12 juillet 2011, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière limitée dans le temps du 1^{er} juillet 2006 au 31 janvier 2009.

Le 19 juillet 2011, le Dr C._____ a écrit qu'il persistait des douleurs invalidantes au niveau du pli de l'aîne et que l'assuré souffrait de lombalgies avec irritation sciatique chronique du membre inférieur gauche qui pouvait d'ailleurs expliquer en partie les douleurs du pli de l'aîne. Ce médecin a ajouté que l'assuré avait une formation extrêmement limitée et qu'il s'exprimait difficilement en français. Il présentait des comorbidités sous forme de sciatalgies et d'une obésité associée qui rendrait probablement toute activité de réintégrations professionnelle caduque.

B. Par acte de son mandataire du 6 septembre 2011, J._____ a recouru contre cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et conclu à l'octroi d'une rente entière depuis le 1^{er} juillet 2006 sans limite de temps, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction par une expertise, et plus subsidiairement au maintien du droit à la rente entière du 1^{er} juillet 2006 au 31 janvier 2009 et à l'octroi d'un quart de rente au moins depuis le 1^{er} février 2009 sans limite de temps. Sur le plan médical, il se prévaut d'une incapacité de travail totale même dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sur la base de l'avis de son médecin traitant le Dr C._____ et en s'écartant de celui du Dr S._____. Sur le plan économique, il conteste le revenu d'invalidité retenu par l'OAI dans la

décision attaquée, en particulier le taux d'abattement, qu'il estime devoir être de 25%.

L'OAI a demandé au SMR de se prononcer sur les arguments du recourant. Dans un avis médical du SMR du 26 septembre 2011, le Dr S._____ a relevé que l'assuré présentait des douleurs, dont l'origine organique n'a jamais été établie, après une prothèse totale de la hanche. Il présentait aussi des lombosciatalgies à gauche, sans troubles neurologiques, avec des discopathies pluri étagées. Sur le plan somatique, l'assuré était capable de travailler dans une activité légère, adaptée à ses limitations fonctionnelles, au taux de 80%. Les difficultés de l'assuré pour se réinsérer professionnellement ainsi que ses dyspraxies (troubles de l'acquisition de la coordination du geste) ne ressortaient pas du domaine médical.

Par réponse du 7 octobre 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il se fonde sur l'avis du Dr S._____ pour retenir que l'assuré présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 20%. Il confirme le revenu du degré d'invalidité figurant dans la décision attaquée, en particulier le taux d'abattement de 10% du revenu d'invalidé.

Dans sa réplique du 13 janvier 2012, le recourant a maintenu ses conclusions. Il soutient que l'avis du Dr S._____ ne saurait avoir valeur probante, de sorte qu'une expertise est nécessaire. Il conteste par ailleurs le revenu d'invalidé retenu par l'OAI.

Dans sa duplique du 9 février 2012, l'OAI a relevé que le calcul du revenu d'invalidé figurant dans la décision attaquée tient compte des indications de l'ESS.

C. Par décision datée du 14 mars 2011, le juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 1^{er} mars 2011, avec désignation d'un avocat d'office en la personne de Me Christian Bettex, avocat à Lausanne.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (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 (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Selon l'art. 69 al. 1 let. a LAI, en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

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

2. Dans la décision attaquée, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} juillet 2006 au 31 janvier 2009. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente à partir du 1^{er} juillet 2006, respectivement à partir du 1^{er} février 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 (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de

l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (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 (art. 6 LPGA in fine).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 51 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants se trouvent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

c) Selon la jurisprudence, une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d; TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur

demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; 113 V 273 consid. 1a).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle, 2011, n° 3065, p. 833; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et les références citées).

Selon l'art. 88a RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, applicable en l'espèce), 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. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2).

Lorsqu'une rente est allouée et qu'elle est en même temps augmentée, réduite ou supprimée en application des art. 17 LPGA et 88a RAI, il s'agit d'un rapport juridique, certes complexe, mais défini pour l'essentiel uniquement par le montant de la prestation et les périodes pour lesquelles elle est due. Le simple fait que l'étendue et, le cas échéant, la durée du droit à la rente varient au cours de la période couverte par la décision est sans importance sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 135 V 141 consid. 1.4.4; 131 V 164 consid. 2.3.3; 125 V 413 consid. 2d).

d) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 (art. 16 LPGA). 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 (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222 et les références citées).

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en règle générale en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle

était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1).

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible – le revenu d'invalidité peut être évalué, notamment, sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 3.2).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; TF 9C_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 4.1). Selon une jurisprudence récente, l'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question relevant du pouvoir d'appréciation de l'administration. Lorsque la juridiction cantonale examine l'usage qu'a fait l'administration de ce pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidité, elle doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25%) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2 in fine et les références citées).

4. a) Dans le cas présent, l'assuré présente une incapacité de travail totale depuis le 29 juillet 2005, selon les indications du Dr [...] (certificat médical du 26 septembre 2005) et du Dr S._____ (rapport du 18 mars 2010). C'est donc à juste titre que, après un délai de carence d'une année (art. 28 al. 1 LAI), le droit à une rente entière lui a été reconnu depuis le 1^{er} juillet 2006. Cela n'est du reste pas contesté par le recourant.

b) Pour la période subséquente, le recourant remet en cause l'évaluation de sa capacité de travail telle que retenue par l'OAI dans la décision attaquée. A ce sujet, il y a lieu de relever que personne ne conteste que l'activité habituelle d'ouvrier viticole n'est plus exigible.

Le recourant se fonde sur l'appréciation du Dr C._____, qui estime que son patient n'est pas capable de reprendre une activité professionnelle (rapports des 17 novembre 2009, 21 mai 2010 et 19 juillet 2011). Il retient que l'assuré souffre d'importantes douleurs au niveau du pli de l'aîne, et de lombalgies avec irritation sciatique chronique du membre inférieur gauche (rapport du 19 juillet 2011). Selon le Dr C._____, l'assuré présente une incapacité de travail totale en raison notamment d'une formation extrêmement limitée et d'une faible maîtrise de la langue française (rapports des 21 mai 2010 et 19 juillet 2011). Or, il s'agit de considérations qui ne ressortent pas du domaine de l'assurance-invalidité. L'obésité, invoquée par l'assuré dans son recours, n'est pas à même de l'empêcher d'exercer une activité adaptée à son état de santé, raison pour laquelle le Dr S._____ a retenu que cette atteinte n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. Par ailleurs, dans son rapport du 21 mai 2010, le Dr C._____ n'écarte pas, d'un point de vue théorique, l'indication d'une réorientation professionnelle. En outre, le Dr C._____ ne se base pas sur des constatations objectives dont n'auraient pas tenu compte le Dr S._____, les spécialistes de la CRR ou le Dr Z._____. Enfin, l'avis du Dr C._____, en tant que médecin traitant de l'assuré, doit être apprécié avec les réserves d'usage s'agissant de la capacité de travail.

Au vu du dossier, tous les autres médecins (à part le Dr C._____) admettent que l'assuré présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Tel est le cas des spécialistes de la CRR, qui ont retenu que l'assuré pourrait travailler à plein temps dans une activité lui permettant d'alterner les positions assise et debout avec de petits déplacements (rapport du 24 octobre 2007 du Dr Q.______). Ce médecin a estimé que la réintégration dans le monde du travail sera difficile, compte tenu de l'absence de formation et d'une faible maîtrise du français (éléments qui ne constituent pas une atteinte à la santé) et de comorbidités non négligeables, mais sans préciser lesquelles. Pour sa part, le médecin d'arrondissement de la CNA a retenu que l'assuré conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec comme limitations fonctionnelles les charges moyennes, la station debout prolongée et les longs trajets, surtout en terrain accidenté (rapport du 23 juillet 2009 du Dr Z.______). D'ailleurs, la CNA a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité par décision du 26 octobre 2009, qui n'a pas été contestée.

Suite au stage de l'assuré à l'ORIF du 25 octobre au 19 novembre 2010, le Dr X._____ n'a pas mis en évidence de limitation fonctionnelle évidente, a mis en exergue un manque de motivation et a relevé que l'assuré pouvait effectuer des travaux simples, répétitifs, légers et autorisant le changement de position assis/debout. Il pouvait s'agir par exemple de travaux à l'établi, de montage/démontage léger ou de conditionnement (rapport du 22 novembre 2010). Quant aux responsables de stage de l'ORIF, ils ont relevé que l'assuré n'était pas dans une dynamique de reprise d'un emploi et compromettrait fortement toute tentative de reprise d'un travail; ils n'ont pas contesté la capacité de travail retenue sur le plan médical par le SMR (rapport de stage du 25 novembre 2011).

Tous ces avis confortent celui du Dr S._____, qui a retenu que l'assuré présente dans un travail adapté à ses limitations fonctionnelles une pleine capacité de travail avec une diminution de

rendement de 20% (rapport du 18 mars 2010). Ce médecin a fixé l'aptitude à la réadaptation à février 2009, toutefois sans motiver cette date. Il convient donc de s'en tenir sur ce point aux indications de la CNA, qui a retenu que le cas était médicalement stabilisé dès le 3 octobre 2008, date à laquelle l'assuré présente selon le Dr Z._____ (note du 27 août 2009) une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Conformément à l'avis de ces médecins, qui se basent sur des examens médicaux complets, il y a lieu de retenir que le recourant présente depuis le 3 octobre 2008 une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée. C'est donc depuis cette date que l'assuré a présenté une amélioration de son état de santé.

c) Sur le plan économique, le recourant ne conteste pas le revenu sans invalidité, qui a été fixé par l'OAI à 58'035 fr. en 2009, conformément aux pièces versées au dossier. Concernant le taux d'abattement du revenu d'invalidé, on ne peut tenir compte des limitations fonctionnelles, dès lors qu'elles ont déjà été prises en compte par le Dr S._____ dans la diminution de rendement. L'assuré, né en 1960, est encore loin de l'âge à partir duquel ses possibilités de réinsertion peuvent le cas échéant devenir difficiles. Enfin, il travaille en Suisse depuis 1987 et bénéficie d'un permis d'établissement. Dans ces conditions, l'OAI n'a pas abusé de son pouvoir d'appréciation en arrêtant le taux d'abattement à 10%.

En ce qui concerne le revenu avec invalidité, le recourant prétend que les calculs sont erronés. Il se fonde sur les fiches de calcul du 6 août 2009 et du 23 avril 2010. La première tient compte d'un salaire de base de 4'732 fr., sur la base de l'ESS 2006. En effet, en août 2009, l'ESS 2008 n'avait pas encore été publiée. Ce montant de 4'732 fr. a été adapté au nombre d'heures hebdomadaires puis indexé jusqu'en 2009. Le montant retenu dans la fiche du 23 avril 2010 est celui ressortant de l'ESS 2008, qui a ensuite été adapté au nombre d'heures et indexé à 2009. C'est pourquoi ces fiches de calcul se basent sur des montants différents. Cela étant, quel que soit le revenu de base pris en compte selon l'ESS, le calcul de l'invalidité conduit à retenir un degré n'excédant pas 25%, ce qui

est inférieur au taux minimal de 40% donnant droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI).

d) Au vu de ce qui précède, après un délai de trois mois d'amélioration de l'état de santé (art. 88a al. 1 RAI) de l'assuré depuis le 3 octobre 2008, soit au 31 janvier 2009, l'assuré n'a plus droit à la rente. C'est donc à juste titre que l'OAI lui a reconnu le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps pour la période du 1^{er} juillet 2006 au 31 janvier 2009. Il n'y a par ailleurs pas lieu de se prononcer au sujet de mesures d'ordre professionnelles, dès lors que le recourant ne s'est pas déterminé à ce sujet et que ces prestations ne sont pas litigieuses. Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée rendue par l'OAI doit être confirmée.

5. a) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Me Christian Bettex a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure. En l'espèce, il convient d'allouer un montant d'honoraires de 2'547 fr. 60 pour l'ensemble des opérations accomplies dans la présente cause (soit 3h30 au tarif de 180 fr. de l'heure pour un avocat, et 23h10 au tarif de 110 fr. de l'heure pour un avocat-stagiaire), plus les débours par 100 fr. et la TVA à 8%, soit un montant total de 3'539 fr. 80.

b) La rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement supportés par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7

décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RS 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

c) Le présent arrêt est rendu sans dépens, le recourant n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 30 juin 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.

- IV.** L'indemnité d'office de Me Christian Bettex, conseil du recourant, est arrêtée à 3'539 fr. 80 (trois mille cinq cent trente-neuf francs et huitante centimes), TVA comprise.

- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

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

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Christian Bettex, avocat à Lausanne (pour J._____)
- 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).

Le greffier :