

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 novembre 2017

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
Mme Thalmann et M. Métral, juges  
Greffière : Mme Berseth Béboux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 17 LPGA ; art. 28 al. 1 LAI ; art. 88a al. 1 RAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], originaire de T. \_\_\_\_\_, est au bénéfice d'une formation universitaire en droit obtenue à la Faculté de droit de l'Université de [...]. En Suisse depuis 1994, il est titulaire d'un permis d'établissement (permis C). En février 2000, il a été engagé par l'entreprise R. \_\_\_\_\_ à [...] en qualité d'étañheur sans certificat fédéral de capacité (CFC), à plein temps.

Le 21 février 2011, l'assuré a été victime d'un accident entraînant une contusion de la jambe gauche avec probable lésion veineuse du mollet. Il a présenté une incapacité de travail à 100% du 23 février au 11 avril 2011, puis à 50% dès cette date. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge le cas.

Un examen par doppler veineux des membres inférieurs pratiqué le 6 mai 2011 par la Dresse I. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie et ultrasonographie, a mis en évidence un œdème des tissus sous-cutanés au niveau de la cheville gauche probablement par insuffisance veineuse, en présence d'un œdème mou.

Le Dr L. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a examiné l'assuré le 14 juillet 2011. Dans un rapport du même jour, il a retenu le diagnostic d'entorse de la cheville gauche ainsi que de contusion-hématome de la jambe gauche, à la suite d'une chute du 21 février 2011. Le médecin a observé la persistance d'une enflure et un syndrome algique, dans le cadre d'une probable amplification, sous forme de douleurs au simple effleurage, réactions de fuite, soupirs et attitude oppositionnelle active. La mobilité était modérément restreinte et surtout donnée comme douloureuse ; il ne prévalait toutefois pas de déficit sensitif. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a confirmé la réduction de la capacité de travail à 50%, dans l'attente de précisions diagnostiques.

Un examen par scintigraphie osseuse trois phases du 9 septembre 2011 a mis en évidence un foyer hyperactif punctiforme sur l'articulation tibio-astragalienne gauche, traduisant une atteinte osseuse très localisée, vraisemblablement responsable de la symptomatologie. Il n'y avait pas d'argument pour une éventuelle maladie de Südeck. L'assuré présentait encore des troubles dégénératifs modérés sur toutes les grosses articulations.

Le 3 février 2012, l'assuré s'est encore soumis à un examen par imagerie à résonance magnétique (IRM) de la cheville gauche, qui a conclu à une lésion ostéochondrale d'origine vraisemblablement post traumatique du segment postéro-médian du dôme astragalien, sans défaut cartilagineux en regard, présentant un caractère actif, une tenosynovite des tendons fléchisseurs, particulièrement prononcée en regard des tendons des muscles du long fléchisseur propre du gros orteil et du long fléchisseur commun des orteils, un remaniement d'aspect cicatriciel des structures ligamentaires collatérales externes et une infiltration oedémateuse d'origine vraisemblablement hydrostatique ou séquellaire post traumatique des tissus sous-cutanés médians de la cheville.

**b)** Le 26 janvier 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Dans le cadre de son instruction, l'OAI a requis la production du dossier de la CNA.

Complétant un questionnaire du 13 février 2012 à l'attention de l'OAI, l'entreprise R.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré avait travaillé comme étancheur sans CFC à 100% du 23 février 2000 au 22 février 2011. Après son atteinte à la santé, il avait repris la même activité, au taux de 50%, dès le 11 avril 2011. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, son salaire mensuel s'élevait à 5'446 fr. 50.

Dans un rapport du 14 février 2012, le Dr V.\_\_\_\_\_, médecin traitant, a posé le diagnostic de douleurs à la cheville gauche posttraumatiques depuis le 23 février 2011. Il a attesté une totale

incapacité de travail du jour de l'accident au 20 avril 2011, suivie d'une incapacité à 50%, pour une durée indéterminée. Le Dr V.\_\_\_\_\_ a précisé que la reprise de travail à temps partiel avait eu lieu avec beaucoup de difficultés et sous antalgiques, en raison de douleurs importantes à la cheville gauche. Le Dr V.\_\_\_\_\_ a notamment joint à son rapport un bilan veineux des membres inférieurs effectué le 16 juin 2011 par le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en angiologie, aux termes duquel le spécialiste a exclu une insuffisance veineuse ou des séquelles post-thrombotiques, et a constaté que l'assuré ne présentait pas de lymphoedème.

Dès le 26 avril 2012, l'assuré a présenté une nouvelle incapacité totale de travail ; il a été licencié pour fin septembre 2012.

**c)** Dans l'intervalle, M.\_\_\_\_\_ a été examiné par le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA. Dans un rapport du 30 août 2012, le Dr G.\_\_\_\_\_ a retenu une lésion ostéochondrale documentée de l'astragale gauche, intriquée à une lombo-sciatalgie gauche semblant essentiellement irritative. Prévalait également une suspicion de maladie rhumatismale, évoquée à l'issue d'une IRM du rachis lombaire du 10 mai 2012. Par contre un examen neurologique effectué par le Dr S.\_\_\_\_\_ le 26 juin 2012 s'était révélé strictement normal. Le médecin d'arrondissement a préconisé un séjour à la X.\_\_\_\_\_ (ci-après : X.\_\_\_\_\_), lequel s'est déroulé du 3 au 31 octobre 2012.

Dans un rapport daté du 4 janvier 2012 (recte : 2013), les Drs N.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant à la X.\_\_\_\_\_, ont retenu le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs chroniques de la cheville gauche. Ils ont également fait état des diagnostics supplémentaires d'entorse de la cheville gauche le 21 février 2011, de lésion ostéochondrale postéro-interne du dôme du talus gauche, de lombalgies chroniques s'étendant dans les membres inférieurs, de troubles lombaires dégénératifs, d'hypertension artérielle traitée, de tabagisme actif, d'antécédent de cure de varices des membres inférieurs en 2008 et

d'antécédent de cure de hernie inguinale. Prenant en compte les conclusions de la Dresse W.\_\_\_\_\_, rhumatologue, qui avait examiné l'assuré le 15 octobre 2012, les Drs N.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ ont fait l'appréciation suivante :

« (...)

A l'examen clinique, on note une boiterie d'épargne du membre inférieur gauche, avec des douleurs rapportées à la palpation infra-malléolaire interne gauche, un œdème modéré de la cheville gauche dont la mobilité est limitée par les douleurs annoncées. Pour le rachis, l'examen est limité par des douleurs annoncées par le patient à toute mobilisation du tronc. L'examen neurologique ne montre pas de déficit sensitivo-moteur aux membres inférieurs.

Le dossier d'imagerie à disposition comprenant une IRM de la cheville gauche du 03.02.2012 montre une lésion ostéo-chondrale postéro-interne du dôme talien. Une IRM lombaire du 10.05.2012 montre des entésophytes de traction lombaire bas, des signes de discopathie dégénérative avec en L5-S1 un signal MODIC mixte, plutôt de type II. Il y a une image suspecte de syndesmophyte en L3-L3 [recte : L2-L3]. Il n'y a pas d'anomalie de signal évoquant une lésion traumatique ou une pathologie compressive.

Les radiographies des chevilles et des pieds en charge du 08.10.2012 montrent des rapports articulaires conservés, et une légère tuméfaction de la partie interne de la cheville gauche.

Pour ce qui concerne les lombalgies, M. M.\_\_\_\_\_ a été présenté à notre consultant rhumatologue le 15.10.2012. L'absence de symptomatologie clairement inflammatoire, l'absence de réponse aux AINS, le HLA-B27 négatif, l'absence de syndrome inflammatoire biologique ne permettent pas d'évoquer une spondylarthropathie, malgré une image suspecte de syndesmophyte en L2-L3 sur l'IRM de mai 2012. Nous retenons plutôt comme diagnostic des lombalgies chroniques non spécifiques avec pseudosciatalgies. Pour ce qui est de l'approche thérapeutique notre consultant pense qu'une infiltration ne pourra pas résoudre l'ensemble de la symptomatologie en l'absence de canal lombaire étroit ou de conflit disco-radicaire et qu'une prise en charge de type rééducation en physiothérapie paraît plus appropriée.

Pour ce qui concerne les douleurs de la cheville gauche, M. M.\_\_\_\_\_ a été présenté à la consultation de podologie le 12.10.2012. Le chaussage a été adapté avec des chaussures orthopédiques de série et des orthèses plantaires comprenant un amorti talonnier et une barre rétro-capitale.

(...)

Une reprise dans cette activité [red. : étancheur] à pleine activité est illusoire. Les limitations retenues sont les ports de charges lourdes répétées, le maintien prolongé d'une position du tronc en porte-à-faux, les activités nécessitant des mouvements répétés en flexion-extension du tronc, le maintien d'une position statique debout et les déplacements prolongés.

Incapacité de travail dans la profession actuelle d'étancheur  
100 % du 30.10.2012 au 30.11.2012

0 % dans une activité adaptée dès le 01.11.2012 ».

Dans un rapport d'examen médical final du 5 février 2013, le Dr G.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de lombalgies chroniques non spécifiques avec pseudosciatalgies et de lésion ostéochondrale du dôme du talus. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a confirmé que l'assuré ne pouvait plus travailler comme étancheur, mais qu'il conservait une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Pour les seules suites de l'accident, les limitations fonctionnelles nécessitaient d'éviter le port de charges moyennes, la station debout prolongée et les longs trajets, surtout en terrain accidenté. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a également indiqué qu'en présence d'une pré-arthrose de la tibio-tallienne, une atteinte à l'intégrité de 5% pouvait être retenue, qu'il convenait de porter à 10% pour tenir compte d'une aggravation prévisible.

Par décision du 28 juin 2013, confirmée par décision sur opposition du 13 août 2013, la CNA a reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité de 22% (sur la base d'un gain annuel assuré de 82'763 fr.) dès le 1<sup>er</sup> août 2013, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%, soit 12'600 francs.

**d)** Dans un avis du 4 mars 2013, le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a retenu comme atteinte principale à la santé des douleurs et oedèmes persistants de la cheville après entorse le 21 février 2011 (M79). Au titre des pathologies associées du ressort de l'AI, le médecin a fait état de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs de la région lombaire. Il a par contre estimé que le status après cure de varices en 2008, le status après cure de hernie inguinale, l'hypertension artérielle traitée et le tabagisme n'était pas du ressort de l'assurance-invalidité. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a fixé le début de l'incapacité de travail durable au 21 février 2011. Il a estimé que l'assuré n'était plus en mesure de travailler dans son activité habituelle, mais qu'il disposait d'une capacité entière dans une activité adaptée, assise ou semi-assise, ne nécessitant pas les positions statiques immobiles prolongées, les postures répétées en porte-à-faux du tronc, le port répété de charges de plus de 10 kg, la marche autre qu'occasionnelle,

les travaux à genoux ou accroupi, et l'utilisation répétée d'échelles et d'escabeaux.

Par communication du 1<sup>er</sup> juillet 2013, l'OAI a informé l'assuré de la mise en œuvre d'un stage d'observation auprès de E.\_\_\_\_\_, Centre d'observation professionnel de l'AI (COPAI), du 12 août au 6 septembre 2013.

Dans un rapport final du 20 septembre 2013, le directeur de E.\_\_\_\_\_ a indiqué que la capacité de travail de l'assuré était difficilement objectivable, en grande partie à cause de son manque de contribution et d'un grand malaise existentiel. Il a estimé que pour l'heure, l'assuré était inemployable dans l'économie libre. Dans un rapport du 9 septembre 2013 joint au rapport final précité, le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin-conseil auprès de E.\_\_\_\_\_, a posé les constats suivants :

« (...)

Le SMR estime nulle l'exigibilité dans l'activité d'étancheur, mais entière dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles. Nous n'avons aucun argument médical pour remettre en cause cette évaluation. En effet, l'examen physique est objectivement peu perturbé. A la cheville, nous constatons une tuméfaction surtout sous-malléolaire interne G [gauche] une statique de la cheville en léger valgus. Au dos, le status est variable avec de légers troubles statiques, une contracture musculaire intermittente. Subjectivement, les plaintes et la démonstration sont importantes et il existe des signes de non-organicité. Il existe aussi une revendication vis-à-vis de la SUVA et du premier médecin qui s'est occupé de sa cheville. Cette revendication pourrait être l'expression d'une recherche de dédommagement financier du préjudice subi. Le peu d'enthousiasme et le peu de collaboration aux examens médicaux et l'observation en atelier s'en trouverait expliqué.

A l'atelier, M. M.\_\_\_\_\_ passe son temps à démontrer qu'il souffre. Il se plaint sans cesse des douleurs, il montre sa cheville, s'assoit par terre pour enlever la chaussure et se masser la cheville avec du gel, se déplace lentement, précautionneusement, ce que nous avons de la peine à expliquer sur le plan médical. On peut d'ailleurs se demander si la prise en charge de l'antalgie est optimale face à de telles plaintes. Il est aussi possible que les plaintes soient moins intenses lors des consultations chez le médecin traitant. Une fois réduit tout ce temps passé à ne pas travailler, nous estimons qu'il est actif à peu près 2 heures par jour dans lesquelles il parvient tout de même à des rendements de 50% en fournissant un travail de bonne qualité. Cet homme intelligent a tout de même à cœur de faire un bon travail. Pour des raisons qui tiennent surtout de la dynamique de groupe à l'intérieur de notre atelier et comme nos observations à propos de M. M.\_\_\_\_\_ étaient largement

suffisantes, nous avons abrégé le stage de 3 jours, qui n'auraient pas affiné notre analyse.

Au terme de ces trois semaines et demie de stage, notre groupe d'observation estime que le comportement de M. M. \_\_\_\_\_ le rend pour l'instant inemployable, imprésentable à un employeur. Avec une meilleure motivation et éventuellement une meilleure antalgie, cet homme pourrait travailler à plein temps avec de bons rendements dans une activité légère ».

Dans un certificat du 30 septembre 2013, le Dr V. \_\_\_\_\_ a attesté une prolongation de l'incapacité de travail à 100% jusqu'au 30 octobre 2013. Dans un note manuscrite jointe, il a indiqué que l'état de santé de son patient s'était « énormément dégradé » depuis six mois, que ses lombosciatalgies étaient permanentes et parfois insupportables, même la nuit. Le médecin traitant a précisé que le problème lié à la cheville gauche était pris en charge par le Dr C. \_\_\_\_\_ et qu'un stage à E. \_\_\_\_\_ avait permis de constater la dégradation de l'état de santé de son patient.

Par avis du SMR du 14 octobre 2013, le Dr D. \_\_\_\_\_ a estimé qu'aucun élément médical nouveau ne remettait en cause les conclusions du rapport d'examen du SMR du 4 mars 2013. Il a préconisé d'interpeler à nouveau le Dr V. \_\_\_\_\_, afin notamment qu'il se prononce sur le rapport final de E. \_\_\_\_\_ et celui du Dr F. \_\_\_\_\_.

Le 23 octobre 2013, le Dr V. \_\_\_\_\_ a notamment transmis à l'OAI :

- un rapport du 26 juillet 2013 Dr C. \_\_\_\_\_, médecin-chef au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital J. \_\_\_\_\_, retenant les diagnostics de lésion ostéochondrale du dôme astragalien interne gauche, de status post-entorse de la cheville gauche le 21 février 2011 et de lombalgies basses avec sciatalgies principalement à gauche. Le Dr C. \_\_\_\_\_ a fait procéder à un nouveau bilan radiologique, le 18 juillet 2013. Il a constaté une lésion ostéochondrale stable depuis février 2012, date des précédents clichés. Admettant que l'activité d'éтанcheur n'était plus exigible, le Dr C. \_\_\_\_\_ a estimé que l'assuré était capable d'exercer à 100% des activités légères et adaptées, en évitant la position debout, des marches prolongées, la marche sur des terrains irréguliers et sur des

échelles ou échafaudages, ainsi que le port régulier de lourdes charges excédant 10 kg,

- un rapport du 27 septembre 2013 du Dr C.\_\_\_\_\_ confirmant les trois diagnostics posés le 26 juillet 2013 et ajoutant celui de protrusion discale L4-L5. L'examen était superposable à celui du 23 juillet 2013, hormis une légère tuméfaction dans la région de la malléole interne gauche ; il a proposé une nouvelle infiltration intra-articulaire tibio-astragalienn e gauche, qui a été fixée au 14 octobre 2013 et, en cas d'échec, une arthroscopie. Le Dr C.\_\_\_\_\_ a confirmé son appréciation s'agissant de la capacité de travail.

Dans un avis du 28 octobre 2013, le Dr D.\_\_\_\_\_ a constaté que les rapports du Dr C.\_\_\_\_\_ confirmaient l'atteinte de la cheville gauche, qui avait tendance à enfler davantage, et arrêtaient des limitations fonctionnelles superposables à celles retenues dans l'avis du SMR du 4 mars 2013. Le Dr D.\_\_\_\_\_ estimait en outre que le Dr V.\_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément nouveau, ne faisait valoir que sa propre appréciation de la situation et sa conviction que son patient était trop usé pour pouvoir encore travailler. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a préconisé d'interroger le Dr C.\_\_\_\_\_ sur le résultat des mesures envisagées.

L'OAI n'étant pas parvenu à obtenir des informations complémentaires du Dr C.\_\_\_\_\_, il a mis en œuvre un examen rhumatologique auprès du SMR. Dans un rapport du 22 juin 2015, le Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, a posé les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de lésions ostéochondrales de la partie supéro-interne du dôme astragalien à la suite de l'entorse de la cheville gauche, le 21 février 2011 et de lombosciatalgies bilatérales prédominant du côté gauche, sans déficit neurologique, sur troubles statiques (cyphose dorsale haute, discrète scoliose dorsolombaire compensée, effacement de la lordose lombaire) et dégénératifs (protrusion discale paramédiane gauche L4-L5 avec déchirure périphérique postérieure de ce disque, discopathie L5-S1, arthrose facettaire L4-L5). Le Dr O.\_\_\_\_\_ a par contre estimé que les cervicalgies, la très discrète cunéisation ancienne de la vertèbre D9 ou

D10, le minime syndrome fémoro-patellaire bilatéral, la pré-obésité, l'hypertension artérielle traitée et l'hypercholestérolémie restaient sans incidence sur la capacité de travail. Le médecin a conclu son appréciation en ces termes :

«En conclusion, les troubles dégénératifs constatés sur l'IRM lombaire du 10.05.2012, avec notamment un hypersignal au coin inférieur de L2 et L3, ainsi que des discopathies correspondent à des altérations dégénératives dans le contexte d'une activité physique contraignante. L'entorse de la cheville gauche a certainement été importante, puisque l'IRM effectuée quelques mois après a montré non seulement une atteinte osseuse au niveau de l'astragale, mais également une atteinte tendineuse et des ligaments collatéraux externes. Nous pouvons concevoir que l'assuré garde comme séquelles des douleurs mécaniques de la cheville, raison pour laquelle nous nous alignons sur l'avis du médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr G. \_\_\_\_\_, ainsi que le Dr N. \_\_\_\_\_ de X. \_\_\_\_\_, en considérant que l'activité d'étancheur n'est plus exigible.

L'examen clinique est parasité par une autolimitation et plusieurs incohérences, voire discordances (4 signes de Waddell, 1 signe de Kummer, différence significative entre la distance doigt-sol et doigt-orteils, amélioration des amplitudes des épaules et de la hanche gauche avec distraction ou lors de l'observation à l'insu de l'assuré, douleur à la palpation de la cheville gauche loin de l'interligne, lâchage antalgique lors de dorsiflexion ou flexion plantaire du pied G [gauche] et la dorsiflexion des orteils mais arrive à se mettre sur les pointes des pieds et les talons de manière symétrique, épargne de l'épaule droite et le rachis en se déshabillant qui disparaît lorsqu'il se rhabille). Malgré cela, compte tenu du bilan radiologique, nous retenons des limitations fonctionnelles et considérons que l'assuré a une pleine capacité dans une activité adaptée.

Nous ne retenons aucun diagnostic en ce qui concerne l'épaule D [droite], puisqu'il n'y a aucun élément pathologique clinique objectivé. Nous ne retenons pas non plus de limitations fonctionnelles pour la colonne cervicale, dont les douleurs sont occasionnelles et nous ne retenons pas non plus de limitations fonctionnelles pour les genoux, le syndrome fémoropatellaire étant discret.

### **Limitations fonctionnelles**

*Cheville G* : éviter la marche sur terrain irrégulier, éviter l'utilisation répétée des escaliers, éviter de monter sur des échelles, échafaudages ou escabeau, éviter de travailler accroupi, éviter de travailler sur plateforme vibratoire.

*Rachis lombaire* : éviter les positions en porte-à-faux, éviter le port de charges sup. à 10 kg, éviter les travaux exclusivement assis ou debout et favoriser les activités en positions alternées, avec possibilité de changer de position 2x/heure ou librement.

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

Une IT [incapacité de travail] totale est attestée par le Dr V. \_\_\_\_\_ dès le 23.02.2011, selon le rapport médical du 14.02.2012.

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

L'IT est déclarée à 50% dès le 21.04.2011 par le médecin traitant, selon le même rapport médical.

Suite à une observation à X.\_\_\_\_\_, le Dr N.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint, atteste d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 01.11.2012.

Compte tenu des éléments radiocliniques en notre possession, nous nous alignons sur cette appréciation.

**Concernant la capacité de travail exigible**, elle est déterminée par la tolérance mécanique de la cheville G [gauche] et du rachis lombaire.

En ce qui concerne ces 2 problèmes, une perte de poids ne peut avoir qu'un effet bénéfique pour l'assuré. Il devrait être encouragé à suivre un régime diététique amaigrissant susceptible de diminuer les douleurs ressenties.

Après une période d'inactivité d'environ 3 ans, depuis son licenciement en 2012, l'assuré est déconditionné. Un programme de reconditionnement et renforcement musculaire est indiqué.

L'œdème du MIG [membre inférieur gauche] dépasse largement les limites de la cheville. L'examen angiologique du 16.06.2011, Dr Q.\_\_\_\_\_, avait été réalisé peu après l'entorse, et à l'époque, il n'y avait pas de lymphoedème, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Un nouveau bilan est indiqué. Si une insuffisance veineuse ou une hyperpression veineuse se confirme, l'assuré devra appliquer les conseils de l'angiologue.

Même si l'assuré y est réticent, l'utilisation d'une canne lors des déplacements réduit les douleurs à la cheville gauche et donc améliore l'endurance.

**CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE D'ÉTANCHEUR : 0%

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100%

DEPUIS LE : 01.11.2012 »

Dans un avis du 6 juillet 2015, le Dr D.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il convenait d'ajouter aux limitations fonctionnelles déjà énumérées dans le rapport du SMR du 4 mars 2013 la nécessité d'éviter la marche sur terrain irrégulier, le travail sur plateforme vibratoire et la possibilité de changer de position deux fois par heure ou librement.

Par projet de décision du 7 août 2015, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il envisageait de lui octroyer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2012 (compte tenu du dépôt tardif de sa demande, plus de six mois après le début de l'incapacité de travail durable) au 31 janvier 2013, période durant laquelle il avait

présenté une totale incapacité de travail. L'office estimait par contre que l'intéressé avait recouvré une capacité de travail entière dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles dès le 1<sup>er</sup> novembre 2012. Comparant le revenu qu'il était en mesure de réaliser dans ce cadre (revenu avec invalidité, de 58'659 fr. 40), à celui qu'il percevrait sans invalidité (70'804 fr. 50), l'OAI a déterminé un taux d'invalidité de 17%, insuffisant pour donner droit à la poursuite du versement d'une rente. Des mesures professionnelles n'avaient pas non plus lieu d'être, dès lors que son préjudice économique était inférieur à 20% et que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière était à sa portée, sans qu'un préjudice important ne subsiste.

Après plusieurs demandes de prolongation de délai, représenté par Me David Métille, l'assuré a fait part de ses objections au projet de décision précité le 9 mars 2016. Il a conclu au maintien d'un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> février 2014 (sur la base d'un taux d'invalidité de 42,62%), estimant que sa capacité résiduelle de travail n'excédait pas 75% et qu'un abattement de 15% devait être opéré sur le salaire d'invalidé, en lieu et place des 10% retenus par l'OAI. L'assuré a produit un rapport du 29 décembre 2015 du Dr B.\_\_\_\_\_, rhumatologue, ainsi qu'un rapport et un courrier de la Dresse Z.\_\_\_\_\_, psychiatre, des 20 et 26 janvier 2016.

Dans un avis du SMR du 11 avril 2016, le Dr C.F.\_\_\_\_\_ s'est exprimé en ces termes :

« (...)

Le RM [rapport médical] du Dr B.\_\_\_\_\_ adressé au MT [médecin traitant] est daté du 29.12.2015 (GED 09.03.2016). Le Dr B.\_\_\_\_\_ reprend en détail l'anamnèse qui se recoupe correctement avec l'anamnèse relatée dans le rapport d'examen clinique au SMRSR du 11.06.2015. En ce qui concerne le status, il n'y a pas de discordance significative, même si le Dr B.\_\_\_\_\_ n'a pas recherché, ou mentionné, les signes de non-organicité selon Waddel minutieusement répertoriés par l'examineur du SMRSR. L'IRM de la cheville gauche du 25.11.2015 n'est, d'après la description, guère différente de l'arthro-IRM du 18.07.2013.

Le Dr B.\_\_\_\_\_ n'apporte donc aucun argument objectif méconnu jusqu'ici pour affirmer que la CT [capacité de travail] exigible dans une activité adaptée est limitée à 75%.

Quant à la Dresse Z.\_\_\_\_\_, psychiatre, elle explique dans ses courriers du 20.01.2016 et 26.01.2016, que l'assuré présente un

épisode dépressif sans retentissement sur l'exigibilité professionnelle.

Conclusion : les pièces médicales produites par Me Métille ne sont pas de nature à contredire les conclusions médicales qui fondent la décision du 07.08.2015 ».

Dans une communication interne du 15 avril 2016, la spécialiste en réadaptation de l'OAI a maintenu le taux d'abattement à 10%, précisant qu'il prenait en considération l'âge et des limitations fonctionnelles de l'assuré. L'absence de formation n'était quant à elle pas déterminante, dès lors que les salaires statistiques de l'ESS tenaient compte que les personnes concernées n'ont pas de qualifications. Elle a également relevé que même à retenir un taux d'abattement de 15%, le préjudice économique serait de 21,76% compte tenu d'une exigibilité à 100%. Si par hypothèse, le SMR avait validé une capacité résiduelle de travail de 75% dans une activité adaptée, le taux d'abattement aurait été arrêté à 5%, pour tenir compte de l'âge, l'incapacité de travail de 25% tenant quant à elle déjà compte des limitations. Le préjudice économique, de 34.4%, serait également insuffisant pour maintenir le droit à la rente.

Par décision du 8 juin 2016, accompagnée d'une motivation ainsi que d'une lettre explicative du 18 mai 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision du 7 août 2015 et a accordé à l'assuré une rente entière limitée dans le temps, pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2012 au 31 janvier 2013, supprimant ainsi le droit aux prestations trois mois après le 1<sup>er</sup> novembre 2012, date à laquelle l'office estimait que l'assuré avait recouvré une capacité résiduelle de travail de 100% dans une activité adaptée.

**B.** Par acte du 12 juillet 2016, représenté par Me Métille, M. \_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 8 juin 2016, dont il a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement à la réforme dans le sens de l'octroi d'au moins un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2013, et subsidiairement à l'annulation avec renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. Le recourant soulève en substance les mêmes arguments que dans son courrier du 9 mars 2016, à savoir que sa capacité

de travail reste limitée à 75% dans une activité adaptée, de sorte qu'il subit un préjudice économique de 42,62% (compte tenu d'un revenu d'invalidité de 40'625 fr. 76 après abattement de 15% et d'un revenu sans invalidité de 70'804 fr. 50). Le recourant estime également qu'il existe une totale absence de consensus entre les avis médicaux au dossier s'agissant de sa capacité de travail dans une activité adaptée, de sorte que l'OAI a statué sur une situation insuffisamment investiguée. Au titre des mesures d'instruction, le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Par ordonnance du 14 juillet 2016, la juge instructeur a mis le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 12 juillet 2016, sous forme de l'exonération des frais de justice et de la nomination d'office d'un avocat, en la personne de Me David Métille, l'assuré étant au demeurant exonéré de toute franchise mensuelle.

Dans une réponse du 5 septembre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise.

Par réplique du 30 novembre 2016, se fondant sur le rapport du Dr B.\_\_\_\_\_, le recourant a maintenu ses motifs et conclusions. Il conteste la valeur probante des rapports des Drs C.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_, faisant notamment grief au Dr C.\_\_\_\_\_ de n'avoir pris en compte que les atteintes touchant sa cheville gauche et d'avoir insuffisamment motivé son appréciation de la capacité de travail. Il reproche également au Dr O.\_\_\_\_\_ de ne pas avoir pris en considération ses douleurs au niveau de la hanche et des genoux. Le recourant ajoute que même si le Dr O.\_\_\_\_\_ a attesté, dans l'abstrait, une capacité de travail entière dans une activité adaptée, on ne peut interpréter son avis dans le sens d'une pleine capacité concrète, compte tenu des nombreuses limitations fonctionnelles retenues. Il estime que l'OAI aurait dû faire appel à un spécialiste en réadaptation pour une détermination concrète de la capacité de travail résiduelle, en termes de métiers. Le recourant déplore encore que l'intimé n'ait pas pris en compte les conclusions de E.\_\_\_\_\_, selon lesquelles il était inemployable, et n'ait pas donné suite aux propositions du Dr O.\_\_\_\_\_.

dans le sens de la mise en œuvre d'un reconditionnement et d'un nouvel examen angiologique.

Dans une duplique du 5 janvier 2017, l'intimé a fait valoir que l'analyse pratiquée par le Dr O.\_\_\_\_\_ s'était intéressée à l'entier de l'appareil locomoteur, prenant en compte les plaintes de l'assuré, l'anamnèse, les radiographies et les différents rapports médicaux au dossier. En outre, les limitations fonctionnelles retenues par ce médecin respectaient les problématiques invoquées par le recourant. L'intimé a également indiqué que le déconditionnement allégué par le recourant était dû à son inactivité depuis 2011, alors que l'exercice d'une activité adaptée demeurait exigible. Quant à l'examen angiologique suggéré par le Dr O.\_\_\_\_\_, l'intimé relève que si le médecin du SMR avait estimé que les résultats d'un tel examen étaient susceptibles d'avoir une incidence sur son évaluation de la capacité de travail, il l'aurait précisé dans son rapport.

Dans des déterminations du 16 mars 2017, le recourant a soutenu que l'avis du Dr B.\_\_\_\_\_ ne pouvait pas être considéré comme une interprétation différente d'un même état de fait, dès lors qu'il mentionnait des atteintes à la santé non retenues par le Dr O.\_\_\_\_\_, et que son avis était plus récent que celui du médecin du SMR. Le recourant a maintenu ses arguments pour le surplus.

Par écriture du 18 avril 2017, l'intimé a maintenu ses conclusions.

Le 16 octobre 2017, Me Métille a produit la liste détaillée de ses opérations et débours relative à la présente procédure.

### **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'assurance-invalidité (art. 1 al. 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. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** Selon l'art. 93 let. a 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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD), est compétente pour statuer.

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile devant le tribunal compétent et dans le respect des conditions de formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et 125 V 413 consid. 2c et les références ; TF 8C\_245/2010 du 9 février 2011, consid. 2).

**b)** Le recourant ne conteste pas la décision litigieuse en ce qu'elle concerne le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> août 2012 jusqu'au 31 janvier 2013. Il n'y a pas lieu d'examiner plus avant cet aspect de la décision entreprise, qui ne prête pas flanc à la critique. On relèvera à cet égard que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI). S'il veut préserver tous

ses droits, l'assuré doit ainsi déposer une demande à l'AI au tard six mois après la survenance de son incapacité de gain. S'il le fait plus tard, il perd son droit pour chaque mois de retard (Michel Valterio, Droit de l'assurance-veillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Schulthess 2011, p. 538 n° 2190). Dans le cas d'espèce, l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% dès le jour de son accident, soit le 21 février 2011. Dès lors qu'il n'a déposé sa demande de prestations auprès de l'OAI que le 26 janvier 2012, son droit à une rente ne peut prendre effet qu'au 1<sup>er</sup> août 2012.

Le recourant conteste en revanche le refus de rente pour la période dès le 1<sup>er</sup> février 2013. Est ainsi singulièrement litigieuse la question de savoir s'il a présenté, dès le 1<sup>er</sup> novembre 2012 (cf. l'art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], cf. consid. 3b infra), une amélioration durable de son état de santé, de nature à réviser la rente octroyée jusqu'alors, dans le sens de sa suppression.

**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). Constitue une 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 (art. 28 al. 1 LAI).

**b)** Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (cf. ATF 131 V 164 consid. 2.2, 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, 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 propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où 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 ne soit à craindre.

**4. a)** Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – 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. 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et références citées).

De manière générale, 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C\_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 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 d'un rapport médical, 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 ; TF 8C\_410/2014 précité consid. 3.3).

Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par

la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C\_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; 9C\_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.2 ; consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C\_500/2011 précité, 9C\_28/2011 précité et 9C\_745/2010).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (cf. TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C\_268/2011 précité loc. cit.; cf. également TF 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2).

**b)** Conformément à l'art. 59 al. 3 LAI, les offices AI peuvent faire appel aux services de centres d'observation professionnelle de l'AI (COPAI) dans des cas particuliers, pour l'examen pratique de la capacité de travail d'un assuré. Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (cf. Michel Valterio, op. cit, n° 2608 et 2609 p. 699ss et les références citées). Les informations recueillies au cours d'un stage, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient, en principe, supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (TF I 531/04 du 11 juillet 2005 consid.4.2). Cela étant, au regard de la collaboration, étroite, réciproque et

complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle, on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge – conformément au principe de la libre appréciation des preuves – de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (TF 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1 in : SVR 2011 IV n° 6 p. 17 ; 9C\_833/2007 du 4 juillet 2008 in : Plädoyer 2009/1 p. 70 ).

**5. a)** En l'espèce, sur le plan médical, il est constant que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle d'étancheur. L'ensemble des médecins intervenus au dossier s'entendent pour dire que dite activité n'est plus exigible. Par contre, les avis divergent s'agissant de sa capacité résiduelle dans une activité adaptée.

L'intimé a retenu que, dès le 1<sup>er</sup> novembre 2012, l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Pour sa part, le recourant soutient que son état de santé ne lui permet pas de travailler à plein temps. Se fondant principalement sur l'avis du Dr B.\_\_\_\_\_, il soutient que sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée n'excède pas 75%.

**b)** L'OAI a principalement fondé la décision litigieuse sur les conclusions de l'examen clinique rhumatologique du Dr O.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 22 juin 2015, le médecin a retenu les diagnostics incapacitants de lésions ostéochondrales de la partie supéro-interne du dôme astragalien à la suite de l'entorse de la cheville gauche le 21 février 2011 et de lombosciatalgies bilatérales prédominant du côté gauche, sans déficit neurologique, sur troubles statiques (cyphose dorsale haute, discrète scoliose dorsolombaire compensée, effacement de la lordose lombaire) et dégénératifs (protrusion discale paramédiane gauche L4-L5 avec déchirure périphérique postérieure de ce disque, discopathie L5-S1,

arthrose facettaire L4-L5). Au titre des limitations fonctionnelles, le Dr O. \_\_\_\_\_ a retenu qu'en raison de son atteinte à la cheville gauche, l'assuré devait éviter de marcher sur terrain irrégulier, d'utiliser de manière répétée des escaliers, de monter sur des échelles, échafaudages ou escabeau, de travailler accroupi ou sur plateforme vibratoire. Ses troubles lombaires impliquaient quant à eux d'éviter les positions en porte-à-faux, les ports de charges supérieures à 10 kg et le travail exclusivement assis ou debout. Il devait également favoriser les activités en positions alternées, permettant de changer de position deux fois par heure ou librement.

Contrairement au grief formulé par le recourant, le Dr O. \_\_\_\_\_ a étendu son examen à l'état global de l'assuré, sans se limiter aux seules séquelles de l'accident de février 2011. Ainsi, procédant notamment à l'examen des genoux de l'intéressé, le médecin n'a observé aucun signe d'arthrite, de synovite ou d'arthrose. Il n'a constaté qu'un discret syndrome fémoro-patellaire, n'impliquant toutefois aucune limitation fonctionnelle et restant sans incidence sur la capacité de travail. Il n'a retenu aucune limitation fonctionnelle en lien avec les douleurs cervicales, celles-ci n'étant qu'occasionnelles et l'assuré ne présentant aucun signe d'irritation radiculaire. Enfin, le Dr O. \_\_\_\_\_ n'a posé aucun diagnostic concernant l'épaule droite, dès lors qu'aucun élément pathologique clinique n'avait été objectivé. Lors de l'examen, la coiffe des rotateurs s'était en effet révélée intacte des deux côtés et il n'y avait aucun élément en faveur d'un conflit sous-acromial ou un conflit antérieur aux épaules. On notera encore que l'examen clinique des épaules a mis en lumière plusieurs incohérences. En définitive, le Dr O. \_\_\_\_\_ a estimé que les cervicalgies, la très discrète cunéisation ancienne de la vertèbre D9 ou D10, le minime syndrome fémoro-patellaire bilatéral, la préobésité, l'hypertension artérielle traitée et l'hypercholestérolémie restaient sans incidence sur la capacité de travail.

Le Dr O. \_\_\_\_\_ a relevé que son examen avait été parasité par une autolimitation et plusieurs incohérences, voire des discordances (4 signes de Waddell, 1 signe de Kummel, différence significative entre la

distance doigts-sol et doigts-orteils lors de deux examens distincts, amélioration des amplitudes des épaules et de la hanche gauche avec distraction ou lors de l'observation à l'insu de l'assuré, douleur à la palpation de la cheville gauche loin de l'interligne, lâchage antalgique lors de la dorsiflexion ou flexion plantaire du pied gauche et la dorsiflexion des orteils alors que l'assuré arrive à se mettre sur les pointes des pieds et les talons de manière symétrique, épargne de l'épaule droite et du rachis en se déshabillant qui disparaît lorsqu'il se rhabille, allant jusqu'à se pencher en avant pour ramasser ses chaussettes). On remarquera à cet égard que les Drs L. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ avaient également fait le constat de phénomènes d'amplification. Ainsi, le Dr L. \_\_\_\_\_ signalait une probable amplification, sous forme de douleurs au simple effleurage, de réactions de fuite, soupirs et d'attitude oppositionnelle active. De son côté, le Dr F. \_\_\_\_\_ a relevé une attitude plaintive et une démonstration importantes, de même qu'un manque de collaboration durant les examens médicaux et l'observation en atelier, en présence de plusieurs signes de Waddel.

A ce stade, force est de constater que le rapport du 22 juin 2015 du Dr O. \_\_\_\_\_ est probant. Le médecin, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et en rhumatologie, a pris connaissance des rapports médicaux établis par ses confrères et du dossier radiologique de l'assuré, avant de procéder à un examen clinique minutieux. Il a étudié de manière circonstanciée les points litigieux, en pleine connaissance de l'anamnèse et en prenant en compte les plaintes de l'assuré. Il a en outre fait procéder à de nouvelles radiographies de la cheville gauche au jour de son examen, tout en motivant les raisons pour lesquelles il renonçait à mettre en œuvre des examens complémentaires au niveau de la colonne, de la colonne cervicale et de l'épaule droite. Son appréciation de la situation médicale est claire et ses conclusions sont bien motivées. Contrairement à ce qu'affirme le recourant, le Dr O. \_\_\_\_\_ n'a pas occulté les douleurs signalées aux genoux. Il a pris note des plaintes sur ce plan et a pratiqué un examen de ces articulations, concluant à l'absence de toute limitation fonctionnelle. Quant aux douleurs à la hanche que le recourant fait également grief au Dr

O.\_\_\_\_\_ d'avoir ignorées, elles n'ont donné lieu à aucun diagnostic incapacitant, pas même de la part des Drs V.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_. Si l'assuré a bien évoqué des douleurs aux hanches lors de l'examen du 22 juin 2015 au SMR, le Dr O.\_\_\_\_\_ a constaté des discordances, notamment des limitations importantes alléguées par le recourant, disparaissant ensuite notamment en cas de distraction ou d'observation à l'insu de l'intéressé. Au vu de ces différents éléments, il sied de retenir que le rapport du 22 juin 2015 du Dr O.\_\_\_\_\_ remplit les exigences jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 3b supra). Le fait que ledit médecin ait été à une certaine époque rattaché à la X.\_\_\_\_\_ ne suffit nullement à remettre en doute ce constat.

**c)** Contrairement à ce que soutient le recourant, il n'existe pas une absence totale de consensus entre les différents avis médicaux au dossier, s'agissant de sa capacité résiduelle dans une activité adaptée. Au contraire, force est de constater que la majorité des médecins s'est prononcée de manière concordante, dans le sens d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En outre, tous les médecins s'entendent pour admettre que le recourant connaît des atteintes incapacitantes au niveau de sa cheville gauche et au niveau lombaire, tout en arrêtant des limitations fonctionnelles très largement superposables.

Ainsi, dans leur rapport du 4 janvier 2012, les Drs N.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ ont notamment retenu les diagnostics d'entorse de la cheville gauche le 21 février 2011, de lésion ostéochondrale postéro-interne du dôme du talus gauche, de lombalgies chroniques s'étendant aux membres inférieurs. Ils ont constaté que l'assuré présentait un œdème modéré à la cheville gauche et que la mobilité de dite cheville et du rachis était limitée par des douleurs annoncées. Les rapports articulaires restaient toutefois conservés. Les examens pratiqués à la X.\_\_\_\_\_ n'ont montré aucune anomalie évoquant une lésion traumatique ou une pathologie compressive ; ils ont également permis d'exclure toute atteinte neurologique et rhumatismale. Les Drs N.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ ont retenu des limitations fonctionnelles usuelles en cas de traumatisme du rachis et

de la cheville, à savoir une restriction au niveau des ports de charges répétés, du maintien prolongé en position de porte-à-faux, des mouvements répétés en flexion-extension du tronc, du maintien de la position statique debout et des déplacements prolongés. Les médecins de la X.\_\_\_\_\_ n'ont fait état d'aucune limitation fonctionnelle qui aurait été ignorée par le Dr O.\_\_\_\_\_. Tout comme le médecin du SMR, ils ont également conclu à une exigibilité entière dans une activité adaptée à ces limitations, dès le 1<sup>er</sup> novembre 2012. En dépit des allégations du recourant, leur appréciation porte sur la situation globale de l'assuré, et non sur les seules suites de l'accident du 21 février 2011.

Après avoir procédé à deux examens cliniques, le Dr G.\_\_\_\_\_ est parvenu lui aussi à des conclusions superposables à celles du Dr O.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 5 février 2013, le médecin d'arrondissement a retenu les diagnostics de lombalgies chroniques non spécifiques avec pseudosciatalgies et de lésion ostéochondrale du dôme du talus. Il a observé une cheville gauche nettement élargie par une tuméfaction diffuse s'étendant au tiers distal de la jambe, annoncée comme très douloureuse par l'assuré, mais dont la mobilité s'avérait conservée. Au titre des limitations fonctionnelles, le Dr G.\_\_\_\_\_ a retenu la nécessité d'éviter le port de charges moyennes, la station debout et les longs trajets, surtout sur terrain accidenté. Il n'a ainsi évoqué aucune limitation qui aurait été ignorée par le Dr O.\_\_\_\_\_. Dans une activité adaptée à ces restrictions, le Dr G.\_\_\_\_\_ estimait également que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière.

De même, dans son avis du 4 mars 2013, le Dr D.\_\_\_\_\_ a retenu les atteintes incapacitantes de douleurs et œdèmes persistants de la cheville après entorse du 21 février 2011 et de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs de la région lombaire. A l'instar des médecins précités, il a estimé que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans toute activité adaptée, à savoir une activité assise, ou semi-assise, ne nécessitant pas les positions statiques immobiles prolongées, les postures répétées en porte-à-faux du tronc, le port répétés de charges de plus de 10 kg, la marche autre qu'occasionnelle, les travaux à genoux et

accroupi, ainsi que l'utilisation répétée d'échelles et d'escabeaux. Après avoir pris connaissance du rapport du Dr O.\_\_\_\_\_, le Dr D.\_\_\_\_\_ a ajouté à la liste des limitations fonctionnelles reconnues la nécessité d'éviter la marche sur terrain irrégulier, le travail sur plateforme vibratoire ainsi que la possibilité d'alterner les positions, deux fois par heure ou librement (cf. avis du 6 juillet 2015).

Dans ses rapports des 26 juillet et 27 septembre 2013, le Dr C.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de lésion ostéochondrale du dôme astragalien interne gauche, de status post-entorse de la cheville gauche le 21 février 2011, de lombalgies basses avec sciatalgies principalement à gauche et de protrusion discale L4-L5. C'est ainsi sans fondement que le recourant lui fait grief de n'avoir tenu compte que de l'atteinte à la cheville gauche. A son avis également, le recourant disposait d'une capacité entière dans une activité adaptée légère, définie par des limitations fonctionnelles de même ordre que celles retenus par ses confrères (éviter la position debout, les marches prolongées, la marche sur terrains irréguliers, sur les échelles ou les échafaudages, ainsi que le port régulier de charges excédent 10 kg). Le 27 septembre 2013, le Dr C.\_\_\_\_\_ a observé une légère tuméfaction dans la région de la malléole gauche, qui ne l'a toutefois pas empêché de confirmer son appréciation quant à la capacité de travail résiduelle.

Le Dr L.\_\_\_\_\_ a certes attesté une incapacité de travail de 50%. Cet avis ne saurait toutefois remettre sérieusement en question l'appréciation du Dr O.\_\_\_\_\_, dans la mesure où, d'une part, il date du 14 juillet 2011, soit moins de quatre mois après l'accident, et, d'autre part, il concerne la capacité de travail dans l'activité habituelle, qui avait été reprise à 50% dès le mois d'avril 2011. En outre, le médecin d'arrondissement a préconisé le maintien de l'incapacité à 50% dans l'attente de précisions diagnostiques.

Le recourant ne peut au demeurant tirer aucun argument du rapport de E.\_\_\_\_\_. Au-delà du fait que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les informations recueillies au cours d'un stage

d'observation ne supplantent en principe pas l'avis dûment motivé d'un médecin, le rapport de synthèse de E.\_\_\_\_\_, ainsi que le rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ annexé, ne vont pas dans un sens différent de celui du Dr O.\_\_\_\_\_. Certes, dans son rapport du 9 septembre 2013, le Dr F.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré était pour l'instant inemployable. Mais, selon le médecin de E.\_\_\_\_\_, c'est en raison de son comportement que l'intéressé n'était pas présentable à un employeur. Par contre, le Dr F.\_\_\_\_\_ a estimé qu'avec une meilleure motivation, l'assuré pourrait travailler à plein temps et avec de bons rendements, dans une activité légère. Le Dr F.\_\_\_\_\_ a précisé que l'examen physique était objectivement peu perturbé. Par contre, subjectivement, les plaintes et la démonstration de l'assuré étaient importantes, en présence de signes de non-organicité. L'assuré avait passé son temps à démontrer qu'il souffrait, se plaignant sans cesse de douleurs, montrant sa cheville, s'asseyant par terre pour la masser avec du gel, se déplacement lentement et précautionneusement, ce que le Dr F.\_\_\_\_\_ peinait à expliquer sur le plan médical. En définitive, le Dr F.\_\_\_\_\_ n'a pas attesté d'incapacité de travail ; il a au contraire estimé que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était entière, sans limitation de rendement. Si le directeur de E.\_\_\_\_\_ a fait état d'un « grand malaise existentiel », un état psychique au plus bas et qu'il a suggéré l'introduction d'un suivi psychologique, la Dresse Z.\_\_\_\_\_ a indiqué que son patient ne présentait pas d'incapacité de travail significative et durable. Elle a précisé qu'il souffrait d'un épisode dépressif moyen, soit une pathologie circonscrite dans le temps et non un état chronique. De l'avis de la psychiatre traitant, cette atteinte n'empêcherait probablement pas l'assuré de faire face aux exigences du marché du travail, sans conditions particulières. La symptomatologie avait déjà été atténuée par le traitement entrepris, les troubles psychiques étant en voie d'amélioration (cf. rapports du 20 janvier 2016 et courrier du 26 janvier 2016). Ainsi, il ne prévaut également aucune restriction de la capacité de travail au plan psychique.

**d)** En définitive, seuls les Dr V.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ ont une appréciation différente de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée.

Les rapports du Dr V.\_\_\_\_\_ ne sont toutefois pas déterminants pour l'issue de la présente cause. Le médecin traitant ne s'est en effet pas déterminé de manière circonstanciée sur la capacité de travail de son patient dans une activité adaptée. Dans son rapport du 14 février 2012, il a indiqué que l'assuré ne pouvait pas travailler à plus de 50% ; il se référait toutefois vraisemblablement à la capacité de travail dans l'activité habituelle d'étancheur, l'intéressé ayant à cette époque repris son activité auprès de son ancien employeur, à 50%, depuis avril 2011. Il n'a en outre pas motivé en quoi avait consisté l'« énorme dégradation » apparue six mois auparavant, mentionnée dans son certificat du 30 septembre 2013. Lors d'un entretien téléphonique du 21 octobre 2013 avec le Dr D.\_\_\_\_\_, le Dr V.\_\_\_\_\_ a indiqué que son patient était trop usé pour pouvoir encore travailler et que sa cheville n'était pas stabilisée. Ces éléments, insuffisamment motivés, ne conduisent pas à jeter le doute sur le bienfondé des conclusions des médecins précités, en particulier celles du Dr O.\_\_\_\_\_.

Quant au rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ produit par le recourant en procédure d'audition, il ne permet pas d'aboutir à une solution différente de celle retenue par l'intimé. Dans son rapport du 29 décembre 2015, le Dr B.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de :

- douleur chronique de la cheville gauche dans le contexte d'une lésion ostéochondrale du dôme astragalien au niveau de l'angle postéro-interne et status post-ancienne déchirure du faisceau péronéo-calcanéen (talo-fibulaire) du ligament collatéral externe ; status post-entorse traumatique de la cheville gauche le 21 février 2011,
- lombalgie et sciatalgie bilatérale prédominant du côté gauche dans le contexte de troubles statiques et dégénératifs rachidiens : protrusion discale paramédiane L4-L5 gauche ; discopathies lombosacrées et facette arthrose L4-L5-S1,

- cervicalgie de caractère musculaire dysfonctionnelle et probable cervico-dysarthrose,
- dorsalgie sur spondylose,
- douleurs mécaniques des genoux sur probable chondropathie fémoro-patellaire,
- hypertension artérielle traitée,
- dyslipidémie anamnestique,
- excès pondéral.

Force est de constater que, contrairement à ce que soutient le recourant, les atteintes retenues par le Dr B.\_\_\_\_\_ sont quasiment intégralement superposables à celles observées par le Dr O.\_\_\_\_\_, lequel avait également retenu des lésions ostéo-chondrales de la partie supéro-interne du dôme astragalien à la suite de l'entorse de la cheville gauche, le 21 février 2011, des lombosciatalgies bilatérales prédominantes du côté gauche, sans déficit neurologique, sur troubles statiques (cyphose dorsale haute, discrète scoliose dorsolombaire compensée, effacement de la lordose lombaire) et dégénératifs (protrusion discale paramédiane gauche L4-L5 avec déchirure périphérique postérieure de ce disque, discopathie L5-S1, arthrose facettaire L4-L5). Tout comme le Dr B.\_\_\_\_\_, le médecin du SMR avait signalé un syndrome fémoro-patellaire et des douleurs cervicales, ainsi qu'une hypertension artérielle, une cholestérolémie et un problème pondéral, tout en ne leur attribuant pas d'effet sur la capacité de travail, étant précisé que le Dr B.\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur l'éventuel effet des diagnostics retenus sur la capacité de travail. En outre, contrairement à ce qu'affirme le recourant, le Dr B.\_\_\_\_\_ n'est pas le seul à avoir signalé une probable ancienne fracture du ligament collatéral de la cheville gauche. Le Dr O.\_\_\_\_\_ avait également relevé que l'entorse du 21 février 2011 avait dû être importante, puisque l'IRM effectuée quelques mois après a montré non seulement une atteinte osseuse au niveau de l'astragale, mais également une atteinte tendineuse et des ligaments collatéraux externes. Le fait que le Dr B.\_\_\_\_\_ mentionne des dorsalgies, en plus des cervicalgies et lombalgies et sciatalgies unanimement reconnues, n'est pas déterminant. En effet, outre le fait que le Dr B.\_\_\_\_\_ semble avoir principalement

répercuté les plaintes de l'assuré, cette atteinte n'induit quoi qu'il en soit pas des limitations fonctionnelles différentes de celles énumérées par le Dr O.\_\_\_\_\_, le Dr B.\_\_\_\_\_ retenant également des limitations fonctionnelles comprenant « les positions assises et debout statiques, les travaux penchés accroupis, en déséquilibre, les déplacements répétés, prolongés, la marche sur terrain irrégulier, la montée/descente d'échelles ou d'échafaudage, le port de charge répétitif ». On remarquera en particulier que la nécessité d'alterner les positions a été prise en considération par le Dr O.\_\_\_\_\_, qui en a fixé la fréquence à deux fois par heure ou au besoin.

En définitive, les constatations cliniques et les limitations fonctionnelles mentionnées par les Drs O.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ sont très largement identiques. On ne suit pas le recourant lorsqu'il affirme que le Dr B.\_\_\_\_\_ aurait décelé des atteintes déterminantes qui auraient été ignorées par le Dr O.\_\_\_\_\_. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a estimé que l'appréciation du Dr B.\_\_\_\_\_ n'était en définitive qu'une interprétation différente d'un même état de fait. En particulier, le Dr B.\_\_\_\_\_ ne convainc pas lorsqu'il justifie la réduction de la capacité de travail de 25% par les limitations fonctionnelles liées à la difficulté de maintenir les positions assise et debout statique et la diminution de rendement qui s'en suivrait. La nécessité d'alterner les positions au besoin a été reconnue par l'intimé au titre des limitations fonctionnelles et a donné lieu à un abattement sur le revenu d'invalidé (cf. consid. 6 infra). Ce facteur ne peut donc justifier, en plus, une réduction de la capacité de travail. On remarquera qu'une baisse de rendement de 25% n'apparaîtrait en tous les cas pas adaptée à la situation, dès lors que lors de l'entretien anamnestique du 22 juin 2015 au SMR, l'assuré est resté assis 80 minutes en ne se levant qu'à deux reprises moins de une minute. Le reste du temps, il était resté assis, sans changer de position et sans manifester de douleurs. Sur une journée de travail, la nécessité d'alterner les positions n'impliquerait donc une perte de travail, et donc une baisse de rendement, durant quelques minutes seulement.

e) Les autres arguments avancés par le recourant ne sont pas davantage susceptibles de remettre en cause les conclusions du Dr O.\_\_\_\_\_. En particulier, le fait que l'OAI n'ait pas mis en œuvre un programme de reconditionnement n'est pas déterminant et ne suffit pas à faire douter des conclusions du médecin du SMR. Comme le relève d'ailleurs à juste titre l'intimé, l'assuré n'a certes pas travaillé depuis septembre 2012. Toutefois, dès novembre de la même année, il a été reconnu pleinement apte à travailler dans une activité adaptée, capacité résiduelle qu'il n'a toutefois pas mise en valeur pour des motifs qui lui sont propres, mais qui ne sont pas fondés sur des constats médicaux objectifs et probants. On doit également retenir avec l'intimé que, si le Dr O.\_\_\_\_\_ a effectivement proposé de nouveaux examens angiologiques, il n'a pas estimé que leurs résultats seraient en mesure d'influencer son évaluation de la capacité de travail, à laquelle il a procédé sans attendre. On voit plutôt que le médecin du SMR a émis cette proposition dans un but thérapeutique, puisqu'il a précisé que si une insuffisance ou une hyperpression veineuse se confirmait, l'assuré devrait appliquer les conseils de l'angiologue. En outre, il n'existe au dossier aucun élément permettant de remettre en question la validité de l'appréciation médico-théorique du Dr O.\_\_\_\_\_. En particulier, les conclusions du rapport final de E.\_\_\_\_\_ ne permettent pas de s'éloigner de l'appréciation du médecin du SMR (cf. consid. 4c supra). L'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 allégué par le recourant n'y change rien. La situation du recourant est différente, en particulier du fait que les conclusions posées à l'issue du stage d'observation vont dans le sens d'une capacité de travail de 100%, pour peu que l'assuré fasse preuve de motivation, ce qui n'était pas le cas dans la situation traitée par la Haute Cour. Enfin, dans sa fiche de calcul du salaire exigible du 5 août 2015, la spécialiste en réadaptation de l'OAI a indiqué que représentaient des activités adaptées des activités industrielles légères, tel que le conditionnement, ou de la manutention légère, précisant ainsi en termes de métier la capacité résiduelle retenue par le Dr O.\_\_\_\_\_. On relèvera encore à cet égard que le Tribunal fédéral a indiqué que compte tenu du large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que

recouvre le marché du travail en général – et le marché du travail équilibré en particulier –, il faut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées à la pathologie du recourant et accessibles sans formation particulière (cf. TF 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3)

**f)** En définitive, il n'y a pas lieu de douter du caractère bien fondé des constatations du Dr O.\_\_\_\_\_. On retiendra dès lors qu'après avoir présenté une totale incapacité de travail du 21 février 2011 au 31 octobre 2012, le recourant a recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> novembre 2012. Cette amélioration est de nature à conduire à une révision des prestations, au sens de l'art. 17 LPGA.

Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaire et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions soient suffisamment élucidés (TF 9C\_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). Les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit, le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la requête d'expertise formulée par le recourant (appréciation anticipée des preuves).

**6.** Sur le plan économique, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu hypothétique sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). Le moment déterminant pour la comparaison des revenus est l'année de l'ouverture du droit éventuel à la rente (ou de sa révision), soit en l'occurrence 2012 (cf. consid. 3a supra).

**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, en l'occurrence 2014, s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu 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 129 V 222 consid. 4.3.1). Selon le rapport de l'employeur du 13 février 2012, le salaire mensuel de l'assuré au 1<sup>er</sup> janvier 2012 s'élevait à 5'446 fr. 50. Le revenu sans invalidité déterminant pour 2012 est ainsi de 70'804 fr. 50 (13<sup>ème</sup> salaire compris, selon l'art. 19 de la Convention collective de travail du second-œuvre romand), comme retenu à juste titre par l'intimé.

**b)** S'agissant du revenu d'invalidité, l'OAI s'est à juste titre fondé sur l'Enquête sur la structure des salaires (ESS). En l'absence d'activité effectivement exercée par l'assuré dans une activité adaptée raisonnablement exigible, la jurisprudence admet de s'y référer (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). Le Tribunal fédéral a précisé à cet égard que sont déterminantes les statistiques du tableau TA1, secteur privé, salaires bruts standardisés (ATF 124 V 231 consid. 3b/aa ; TF 9C\_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1). Selon la jurisprudence, le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) ; une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2 in fine, 134 V 322 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

Vu l'évaluation de l'invalidité de l'assuré à dater de l'année 2012, il y a lieu de se référer à l'ESS de cette même année (cf. ATF 128 V 174 consid. 4a), et non l'ESS de 2010, comme le fait le recourant. C'est également à tort que l'assuré a adapté le salaire de référence selon l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2015, l'année déterminante pour la comparaison des revenus étant 2012. Selon l'ESS 2012, le salaire médian des hommes occupés à des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé est de 5'210 fr. (ESS 2012, TA1, niveau de qualification 1). 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 2012 (41,7 heures ; cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 9.2), le revenu mensuel adaptation s'élève à 5'431 fr. 40, soit 65'177 fr. 10 annuellement. Il n'y a pas lieu de réduire ce salaire de 25% comme le soutient le recourant, l'exigibilité dans une activité adaptée étant entière.

L'intimé a retenu un taux d'abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles affectant le recourant, ainsi que de son âge. Cette appréciation n'est pas critiquable, dès lors qu'elle tient correctement compte de l'ensemble des circonstances personnelles de l'intéressé. Le recourant ne convainc pas lorsqu'il soutient que sa situation justifie une réduction de 15%. En particulier, le fait qu'il n'ait pas de formation professionnelle achevée ne fait pas partie des critères déterminants justifiant une réduction du revenu de référence. Comme relevé par l'intimé, les salaires fixés par l'ESS pour les activités professionnelles de niveau de qualification 1 (tâches manuelles ou physiques simples) recouvrent précisément des activités ne nécessitant aucune formation spécifique. L'obésité alléguée par le recourant ne justifie pas non plus un abattement supplémentaire. D'une part, le Dr O.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de pré-obésité, et non d'obésité. Le Dr B.\_\_\_\_\_ s'est quant à lui limité à signaler un excès pondéral, sans qualification aggravante. D'autre part, et en tout état de cause, le surpoids du recourant reste modéré et ne justifie ni une réduction de la capacité de travail, ni un abattement sur le revenu d'invalidé. On relèvera à cet égard que le recourant fait valoir que ce surpoids est de nature à restreindre ses

facultés de déambulation. Or, même à admettre que tel soit le cas, la gêne resterait minime et n'empêcherait ni ne réduirait les perspectives d'exercer une activité légère sédentaire adaptée telle que préconisée par le SMR. L'assuré ne peut pas non plus faire valoir une limitation de ses capacités d'adaptation, prétendument induite par la durée de sa dernière activité professionnelle : lors de son stage à E.\_\_\_\_\_, les examinateurs ont au contraire observé de bonnes facultés intellectuelles et d'apprentissage. L'assuré s'était montré capable d'appliquer rapidement des règles d'usage. Il avait démontré une bonne capacité d'apprentissage par la pratique, comprenant bien les consignes démonstratives et ne rencontrant aucun problème avec toutes les activités proposées. Instruit, il parlait et lisait bien le français ; il avait également obtenu de bons résultats en mathématiques (cf. rapport de synthèse du 20 septembre 2013). Ces différents éléments ne vont pas dans le sens d'une faculté d'adaptation réduite. Enfin, le recourant ne peut tirer aucun argument de l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_384/2008 cité à l'appui de son recours. D'une part en effet, les deux situations ne sont pas identiques. D'autre part, dans son arrêt, la Haute Cour a limité son examen à la question de savoir si l'autorité cantonale avait exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit (excès positif ou négatif du pouvoir d'appréciation, cf. ATF 132 V 393).

En définitive, il ne figure au dossier aucun élément justifiant de revenir sur le taux d'abattement de 10% fixé par l'intimé. Après déduction de 10% sur le salaire statistique, le revenu annuel d'invalidité déterminant pour l'année 2012 s'élève à 58'659 fr. 30 (65'177 fr. 10 x 90 : 100).

**c)** La comparaison des revenus sans et avec invalidité précités aboutit à un préjudice économique de 12'145 fr. 20 (70'804 fr. 50 - 58'659 fr. 30). Le taux d'invalidité qui en découle, de 17% ([12'145 fr. 20 : 70'804 fr. 50] x 100), ne suffit pas à ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

A l'instar de l'intimé, on remarquera encore que même à prendre un taux d'abattement de 15%, le taux d'invalidité, de 22% compte tenu d'une exigibilité de 100%.

C'est ainsi à juste titre que l'intimé a estimé que la situation de l'assuré avait connu une amélioration durable dès le 1<sup>er</sup> novembre 2012, de nature à réviser la rente octroyée jusqu'alors. Cette amélioration ayant durée plus de trois mois, elle justifie une révision du droit à la rente, soit, *in casu*, sa suppression, à partir du 1<sup>er</sup> février 2013 (cf. art. 88a al. 1 RAI).

**7.**                   **a)** En conclusion, le recours se révèle mal fondé et doit donc être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**b)** La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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

**c)** Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération des frais de justice et la commission d'office d'un avocat en

la personne de Me David Métille à compter du 12 juillet 2016 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les frais de justice et la rémunération de l'avocat d'office sont provisoirement supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD), le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

Par courrier du 16 octobre 2017, Me Métille a produit une liste de ses opérations, faisant état d'un temps consacré au dossier de 19 heures et 15 minutes (dont 15 heures et 15 minutes ont été effectuées par une avocate-stagiaire). Contrôlées au regard de la procédure, ces opérations rentrent globalement dans le cadre d'un bon accomplissement du mandat, de sorte que le montant des honoraires doit être arrêté à 2'589 fr. 30, TVA à 8 % comprise (4h à 180 fr. et 15h15 à 110 fr. [art. 2 al. 1 let. a et b RAJ]). Il y a lieu d'ajouter des débours par 37 fr. 35 (art. 3 al. 3 RAJ), TVA à 8 % incluse. L'indemnité d'office du conseil du recourant doit donc être arrêtée à 2'626 fr. 65, TVA comprise.

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 8 juin 2016 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me David Métille, conseil de M.\_\_\_\_\_, est arrêtée à 2'626 fr. 65 (deux mille six cent vingt-six francs et soixante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- V. M.\_\_\_\_\_, bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 al. 1 CPC, applicable sur renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais de justice et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

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

par l'envoi de photocopies.

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 :