

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 novembre 2017

---

Composition : Mme THALMANN, présidente

MM. Neu et Métral, juges

Greffière : Mme Kreiner

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, au [...], recourant, représenté par Procap, Service juridique, à Bienne,

et

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

---

**Art. 28 LAI ; art. 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** G. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est titulaire d'un diplôme AMV de monteur de voies. Il a fait des études littéraires au Canada (1986-1990) puis, entre 1990 et 2008, a travaillé comme berger d'alpages en été et employé agricole en hiver.

Le 23 juillet 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations AI (mesure pour une réadaptation professionnelle et rente) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), faisant état d'une triple fracture tibia-péroné ayant conduit à une algodystrophie. Il s'est déclaré totalement incapable de travailler depuis le 19 novembre 2008.

Le 29 juillet 2010, l'assurance-accidents de l'intéressé a transmis une copie de son dossier à l'OAI.

Dans un rapport médical du 7 octobre 2010, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de maladie de Sudeck suite à une fracture du tibia péroné distal 3, opérée le 20 novembre 2008. Il a observé que le patient présentait de fortes douleurs dans la cheville et qu'il lui était impossible de poser le pied par terre, la mobilisation étant extrêmement douloureuse. Le pronostic était préservé. Le praticien a estimé que l'intéressé était totalement incapable de travailler dans son activité d'agriculteur-berger depuis l'accident. En revanche, il pouvait s'attendre à la reprise d'une activité professionnelle, mais certainement pas dans le métier d'agriculteur. Le praticien ne pouvait par ailleurs pas se prononcer à ce stade sur la durée de la maladie.

Interpellé par courrier du 24 novembre 2010 du Dr L. \_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), quant à la capacité de travail de l'intéressé dans une activité strictement adaptée

aux limitations fonctionnelles, le Dr S.\_\_\_\_\_ a retenu le 3 décembre 2010 que, à son avis, celui-ci présentait une capacité de travail nulle. Il ne pouvait toujours pas poser le pied par terre, avait des douleurs quotidiennes et même un travail assis était impossible à ce moment-là.

Un examen clinique orthopédique au SMR a été mis en oeuvre afin de déterminer la capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

L'examen clinique orthopédique SMR a été effectué le 17 janvier 2011 par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a fait part de ses constatations et conclusions dans un rapport daté du 3 février 2011. Il a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de séquelles d'algodystrophie sévère à l'extrémité distale du membre inférieur droit suite à une fracture distale du tibia et du péroné (T 93.2) et sans répercussion sur la capacité de travail de suspicion d'hypertension artérielle. Dans une partie « appréciation du cas », il a en outre relevé ce qui suit :

"[...] Deux ans après l'événement, l'assuré n'appuie pas son membre inférieur D, car des douleurs intenses apparaissent, il se déplace principalement en chaise roulante. Il a peu de douleurs en position assise. Lorsqu'il garde sa cheville et son pied en déclive plus de 2 heures, il a des douleurs le soir.

**Limitations fonctionnelles**

L'assuré peut exercer une activité sédentaire en position assise, sans port de charges. Il doit pouvoir surélever son membre inférieur D environ 5 min par heure.

A traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation.

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

Incapacité de travail à 100 % depuis le 19.11.2008.

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

L'assuré ne peut plus reprendre son activité de berger et gardien de génisses. Une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est possible, une année après l'événement traumatique. Le Dr S.\_\_\_\_\_ écrit dans son rapport du 03.12.2010 qu'à son avis : la capacité de travail de l'assuré est nulle dans toute activité, même dans une activité assise. Il n'y a pas d'arguments médicaux pour justifier une capacité de travail diminuée dans un métier adapté aux limitations.

A l'issue de l'examen, il résulte que l'assuré a une capacité de travail pratiquement complète dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles.

**CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0 %

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 90 % DEPUIS LE : NOVEMBRE 2009"

Dans un rapport SMR du 21 février 2011, le Dr L.\_\_\_\_\_ a fait siennes les conclusions de l'examen clinique orthopédique du Dr P.\_\_\_\_\_. Il a retenu une capacité de travail de 0 % dans l'activité habituelle et de 90 % dès novembre 2009 dans une activité adaptée, à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation. L'assuré pouvait exercer une activité sédentaire en position assise, sans port de charge et permettant de surélever le membre inférieur droit environ cinq minutes par heure.

Par courrier du 5 août 2011, l'assuré a pris position sur le rapport d'examen clinique orthopédique SMR avec l'appui de son médecin. Il a notamment contesté avoir été apte à pratiquer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles une année après l'accident. Il a allégué avoir fait de la « régression » en 2009 et 2010, ce qui impliquait qu'il était opérationnel pour une activité adaptée depuis début 2011 seulement. L'intéressé a par ailleurs produit un rapport médical du 12 août 2011 du Dr S.\_\_\_\_\_. Le praticien y contestait que l'assuré ait été apte à travailler en 2010, même dans une activité adaptée. Après avoir décrit les constatations faites lors de ses consultations de 2010 (19 janvier, 30 mars, 8 juin, 5 octobre et décembre) et 2011 (17 mai et 12 juillet), il a estimé que c'était au plus tôt en juillet 2011 qu'il pouvait parler d'une capacité de travail qu'il aurait décrite comme réduite dans des conditions adaptées à son handicap.

Une mesure d'observation de quatre semaines (14 novembre au 9 décembre 2011) a été organisée auprès du Centre d'observation professionnelle de l'AI (ci-après : COPAI) d' [...].

Dans un rapport final du 16 décembre 2011, le directeur du COPAI a relevé que son équipe d'observation était d'avis que l'assuré présentait de bonnes capacités permettant d'envisager un travail, étant précisé que celui-ci devait respecter le fait que l'assuré se déplaçait en chaise roulante et ne pas demander trop de mobilité et d'amplitude. L'intéressé pouvait tout à fait tenir une place de travail à 100 %, mais ses rendements se seraient situés dans les 80 %, sa perte de mobilité lui faisant perdre un peu en efficacité. D'un point de vue pratique, l'assuré n'appréciait que peu les tâches industrielles de production et peinait à s'intégrer dans une structure. Il était très indépendant et ne s'adaptait que difficilement aux contraintes de la hiérarchie. Un projet n'allant pas dans son sens était voué à l'échec. Était notamment joint au rapport du COPAI un rapport du 12 décembre 2011 du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et néphrologie et médecin-conseil du COPAI, duquel on extrait ce qui suit :

### **"Discussion**

[...] L'évolution s'est faite vers une algodystrophie, toujours présente. Depuis lors, il a des douleurs de sa cheville et de son pied à la charge même spontanément. Il a une hyperesthésie de sa jambe et de son pied. Il reçoit de la Gabapentine qui le soulage. Il estime néanmoins son inconfort à 6 sur 10 à la cheville et au pied D et son inconfort global à 5. A l'examen, sa jambe D est hypotrope et présente toujours des troubles trophiques cutanés. La peau est hyperesthésique, la cheville est très peu mobile. Il se déplace en fauteuil roulant. Il est collaborant, vif d'esprit, obtient de très bonnes performances aux tests de raisonnement et de connaissance. [...] Il peut travailler à plein temps dans toutes sortes de travaux qui pourraient l'intéresser comme du contrôle de qualité, des montages à l'établi. Il faut que le travail soit possible en position assise sur sa chaise roulante et bien sûr que le poste de travail soit accessible à un fauteuil roulant. Les rendements sont légèrement diminués, parce que la mobilité est quand même réduite du fait du fauteuil roulant, parce qu'il doit installer sa jambe droite en position horizontale pour être un peu confortable, ce qui entraîne un inconfort et des entraves positionnelles. [...] Nous pensons que des rendements de l'ordre de 80 % sont raisonnablement exigibles. Se posera encore dans la pratique le problème du transport domicile-travail, parce qu'il ne possède pas de véhicule adapté."

Dans un avis médical SMR du 18 janvier 2012, le Dr B. \_\_\_\_\_, médecin au SMR, a retenu ce qui suit :

"L'IT durable est fixée au 19.11.08. L'IT est de 100 % depuis. La CT dans l'activité habituelle est nulle ; nous sommes d'accord. Par contre, au vu de l'évaluation Copai, la CT dans l'activité adaptée est bien de 80 % : cette évaluation est plausible et répond à l'objectif de la mesure REA. En ce qui concerne la date de réadaptation, au vu des constatations de l'examen SMR, et des assertions du Dr S. \_\_\_\_\_, la date du 12.07.11 emporte ma conviction."

Par communication du 28 février 2012, l'OAI a accordé à l'intéressé une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi.

Par projet d'acceptation de rente du même jour, l'OAI a informé l'assuré de sa volonté de lui accorder une rente d'invalidité entière entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 octobre 2011. En substance, il a retenu que ce dernier pouvait exercer une activité adaptée à un taux de 80 % dès le 12 juillet 2011. Le salaire hypothétique pour une activité légère de substitution à 80 % s'élevait à 49'582 fr. 37 par année et correspondait au salaire de référence auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et

services) en 2010 pour un horaire de travail de quarante heures (4'901 fr. par mois ; Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2010, TA1 ; niveau de qualification 4), adapté afin de tenir compte de la durée moyenne usuelle de travail dans les entreprises en 2010 (41,6 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2) et indexé pour 2011 (+1,33 % ; La Vie économique, tableau B 10.2). Compte tenu d'un abattement de 5 % afin de prendre en considération le taux d'occupation, le revenu d'invalidé s'élevait à 47'103 fr. 26. Le revenu sans invalidité arrêté à 51'720 fr. en 2011, correspondait au salaire annuel brut que l'intéressé aurait pu réaliser comme employé agricole et berger d'alpage selon la CCT (convention collective de travail) dans l'agriculture. La comparaison de ces revenus aboutissait à un degré d'invalidité de 8.94 %.

Par décision du 31 août 2012, identique au projet susmentionné, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier au 31 octobre 2011.

**B.** Le 5 décembre 2012, G. \_\_\_\_\_ a déposé une demande de moyens auxiliaires auprès de l'OAI.

Dans un rapport médical du 2 mai 2013, le Dr S. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'algodystrophie sévère survenue après une fracture de la jambe droite en novembre 2008, opérée le 19 novembre 2008. Il a en outre relevé que l'assuré se déplaçait en chaise roulante (à l'intérieur et à l'extérieur) ou avec l'aide de béquilles (à l'extérieur). La mobilité de la cheville était extrêmement réduite et douloureuse, et la peau fine. Il ne pouvait pas marcher sans l'aide d'une canne.

Par communication du 10 février 2014, l'OAI a informé l'intéressé que les conditions d'octroi de moyens auxiliaires étaient remplies et lui a remis un fauteuil roulant manuel en prêt.

**C.** Le 23 avril 2014, G. \_\_\_\_\_ a déposé une deuxième demande de prestations AI (mesures professionnelles/rente) auprès de l'OAI,

invoquant une maladie de Sudeck dont il souffrait depuis le 17 novembre 2008.

Dans un rapport médical du 19 mai 2014, le Dr S.\_\_\_\_\_ a estimé qu'il n'y avait aucun espoir d'amélioration de l'état et des douleurs de son patient, qui aurait dû bénéficier d'une rente d'invalidité à 100 %. Il a joint à son courrier une correspondance du 3 juin 2013 du Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, faisant suite à un examen du 27 mai 2013. Le spécialiste y avait observé que l'évolution avait été marquée par une algoneurodystrophie sévère du membre inférieur droit, avec des douleurs importantes dans ce membre, notamment lorsqu'il était en position déclive après quinze à trente minutes. Le patient utilisait toujours des cannes anglaises, l'appui sur le sol étant difficilement tolérable. Il avait notamment bénéficié de traitements de physiothérapie qui étaient mal tolérés en raison d'une exacerbation des douleurs. Le spécialiste a retenu qu'à part cela, l'assuré était en bonne santé, sous réserve d'un épisode anxio-dépressif réactionnel à sa situation pour lequel il allait bénéficier d'une prise en charge psychiatrique. Au status, le Dr C.\_\_\_\_\_ a en particulier observé une hyperalgésie du membre inférieur droit, une très importante amyotrophie du membre inférieur droit et une atrophie du mollet. Il s'est par ailleurs déclaré étonné de l'attitude de l'OAI qui refusait de prendre en charge le patient. Il a ajouté que ce dernier était incapable de se déplacer de manière prolongée, qu'il devait utiliser des cannes anglaises, qu'il avait des douleurs nécessitant régulièrement qu'il mette son membre inférieur en hauteur, que ses douleurs interféraient avec ses capacités d'activités et de concentration et qu'il était obligé de surélever sa jambe en position assise. Dans ce contexte, il ne voyait pas comment il était possible d'avoir une activité professionnelle quelle qu'elle soit. En ce qui concernait l'atteinte à l'intégrité, le Dr C.\_\_\_\_\_ a relevé qu'il y avait une exclusion du membre inférieur droit qu'il aurait pu considérer comme quasiment amputé.

Dans un rapport médical du 20 mai 2014, le Dr C.\_\_\_\_\_ a relevé qu'il avait eu l'occasion d'examiner le patient le 27 mai 2013. Il a

posé le diagnostic de séquelles douloureuses et fonctionnelles du membre inférieur droit après fracture compliquée par une algodystrophie sévère avec une amyotrophie importante. Il a ensuite retenu que le patient était handicapé par sa problématique du membre inférieur droit. Il devait utiliser des cannes anglaises dans les déplacements et avait des douleurs nécessitant qu'il mette son membre inférieur en surélévation, les douleurs étant exacerbées après dix à trente minutes en position déclive. Il ne pouvait donc pas avoir une activité régulière, que ce soit assis ou debout.

Dans un avis médical SMR du 7 juillet 2014, le Dr B. \_\_\_\_\_ a notamment estimé que les documents à disposition n'apportaient aucune information nouvelle qu'il ne connaissait pas déjà. Selon lui, les affirmations du Dr S. \_\_\_\_\_ basées sur les dires du Dr C. \_\_\_\_\_ n'apparaissaient ni plausibles ni convaincantes vu le dossier. Il a ajouté que les douleurs relevaient du registre des critères subjectifs et qu'il ne les retenait pas. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles annoncées étaient tout à fait compatibles avec une activité adaptée médicothéorique de 80 %. Dans ce contexte, il en restait aux conclusions antérieures, en considérant que la situation était inchangée, et n'entrait pas en matière.

Par projet de décision du 10 juillet 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il n'avait pas l'intention d'entrer en matière sur la demande de prestations.

Par courrier du 11 septembre 2014, l'intéressé, représenté par Procap, Service juridique (ci-après : Procap), a fait part de ses objections au projet de décision précité. En substance, il a soutenu que la description du status et des douleurs suite à l'examen du 27 mai 2013 du Dr C. \_\_\_\_\_ montraient un état au moins aussi grave, voire plus, qu'au moment de l'examen orthopédique du 17 janvier 2011. En outre, un élément psychiatrique venait surcharger l'algodystrophie persistante plus de quatre ans après le traumatisme. Ainsi, l'amélioration retenue dans l'instruction précédente à partir de juillet 2011 ne se retrouvait plus, au moins à compter du rapport d'examen du 3 juin 2013 du Dr C. \_\_\_\_\_. Il convenait dès lors d'entrer en matière sur la demande de révision et de

procéder à une instruction médicale bidisciplinaire (orthopédique ou rhumatologique et psychiatrique). Il aurait en outre été pertinent d'instruire le droit à une allocation pour impotence, vu les limitations fonctionnelles.

Dans un courrier du 11 septembre 2014 au Dr S.\_\_\_\_\_, qui faisait suite à un nouvel examen du patient le jour précédent, le Dr C.\_\_\_\_\_ a relevé que, cliniquement, il retrouvait l'importante limitation de la mobilité de la cheville droite et une très importante amyotrophie du membre inférieur droit. Il restait une nette asymétrie de la coloration avec un aspect violacé du membre inférieur droit distalement, une hypothermie du membre inférieur droit plus marquée qu'à gauche, alors que les artères périphériques étaient bien palpables et qu'il n'y avait pas franchement de déficit moteur. Le spécialiste a par ailleurs déclaré rejoindre le diagnostic posé dans l'expertise orthopédique de janvier 2011, mais ne pas comprendre l'interprétation quant à la capacité de travail. A cet égard, il a retenu que le patient était totalement incapable d'avoir une place de travail de façon durable, en raison du fait qu'il était limité dans ses déplacements compte tenu de ses limitations fonctionnelles et de ses douleurs, et qu'il était incapable de rester en position assise le membre inférieur droit déclive. Il a ajouté que si son avis n'était pas pris en compte, il fallait que l'intéressé bénéficie d'une expertise neutre.

Dans un avis médical SMR du 29 septembre 2014, le Dr B.\_\_\_\_\_ a notamment relevé qu'il n'y avait aucune preuve médicale d'une atteinte psychiatrique, que sur le plan somatique pur, le Dr C.\_\_\_\_\_ relevait qu'il n'y avait pas franchement de déficit moteur, que l'intéressé utilisait déjà des cannes anglaises et que la problématique de la douleur était connue. Il a estimé qu'objectivement, l'amyotrophie du mollet et l'aspect violacé du membre inférieur droit n'étaient pas décrits mais existaient sans doute lors de l'examen du Dr P.\_\_\_\_\_, que la limitation de la flexion de la cheville droite s'était péjorée de manière minime et que l'assuré utilisait aussi des béquilles. Ces atteintes ne justifiaient cependant pas une incapacité de travail totale. Cela dit, en l'absence d'éléments clairs permettant de se déterminer, il a recommandé

un complément d'expertise orthopédique ou une expertise rhumatologique.

L'expertise orthopédique a été adressée au Dr P.\_\_\_\_\_, installé à [...]. Celui-ci a fait part de ses constatations et de ses conclusions dans un rapport d'expertise orthopédique du 13 janvier 2015. Après avoir fait une anamnèse, il a rapporté les plaintes actuelles de l'assuré, en particulier ce qui suit :

#### "PLAINTES ACTUELLES

L'assuré se plaint d'avoir des douleurs continues de son membre inférieur droit. Ces douleurs sont d'intensité variable. L'assuré décrit des douleurs d'intensité modérée (5 sur 10 à l'échelle visuelle) lorsqu'il est assis ou couché. Les douleurs sont de forte intensité (8 à 9 sur 10 à l'échelle visuelle), lorsqu'il est debout ou lorsqu'il marche. [...]

La position assise est assez bien tolérée, pour autant qu'il puisse surélever sa jambe droite. S'il laisse son pied droit en déclive, augmentation rapide des douleurs. La position debout statique est très mal tolérée. Des douleurs jugées importantes apparaissent rapidement. [...]

Chez lui, il reste la majorité du temps assis. [...]"

L'expert a ensuite rapporté ses constatations cliniques et résumé les dossiers radiologiques, avant de poser les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de séquelles d'une algodystrophie sévère (CRPS [complex regional pain syndrom] type I) du membre inférieur droit suite à une fracture spiroïde distale du tibia et une fracture Weber B de la malléole externe à droite traitée par ostéosynthèse par plaque le 19 novembre 2008 et d'atrophie musculaire marquée de la jambe et du pied droit, et sans répercussion sur la capacité de travail de suspicion d'hypertension artérielle. Il a par ailleurs notamment relevé ce qui suit :

#### "5. Appréciation du cas et pronostic

[...] il a développé une algodystrophie sévère du membre inférieur droit. En raison des douleurs, il n'appuie pratiquement pas son membre inférieur droit. Il se déplace chez lui essentiellement en chaise roulante. Il ne sort pratiquement pas de chez lui. Lorsqu'il sort, il utilise deux cannes anglaises mais n'appuie pratiquement pas

son membre inférieur droit. Il décrit que l'état de son membre inférieur droit est sans changement depuis 2010. Tous les traitements entrepris depuis se sont avérés inefficaces. Il a eu une quinzaine de bloc sympathique en 2014, sans aucune efficacité. Les séances de physiothérapie sont mal tolérées. Les traitements d'ergothérapie n'ont pas donné de résultats favorables jusqu'à présent. La prise d'Ibuprofène soulage partiellement les douleurs.

A noter qu'une scintigraphie osseuse effectuée au CHUV en octobre 2013 a montré une hypo perfusion du membre inférieur droit dans les 3 phases. Il n'y avait pas d'évidence d'algoneurodystrophie en phase aigüe ni froide. Cette asymétrie de captation est expliquée en premier lieu par une sous-utilisation de ce membre.

A mon avis, le pronostic est très défavorable. Je ne pense pas qu'il existe un traitement susceptible d'améliorer l'état du membre inférieur droit de Monsieur G.\_\_\_\_\_. Il n'appuie pratiquement pas son membre inférieur droit en raison de douleurs. Ceci favorise et entretient l'ostéopénie marquée et l'atrophie musculaire et le cercle vicieux continue.

## **B. Influences sur la capacité de travail**

1. Limitation (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés?

Au plan physique, l'assuré peut uniquement effectuer une activité sédentaire en position assise sans port de charge, pour autant qu'il puisse surélever son membre inférieur droit. Il peut se déplacer avec une chaise roulante ou avec deux cannes anglaises en décharge pratiquement complète du membre inférieur droit, sur de courtes distances.

Au plan psychique et mental, étant chirurgien orthopédiste, je ne peux pas me prononcer sur ce sujet.

Au plan social, je ne peux pas me prononcer sur ce sujet.

2. Influences des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Depuis le 19 novembre 2008, l'assuré n'est plus apte à exercer son métier de berger d'alpage et employé agricole.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail ?

L'incapacité de travail est totale depuis l'accident de novembre 2008.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ?

Non, l'assuré ne peut plus exercer les activités qu'il a eu[e] jusqu'à 2008.

2.4 Y-a-t-il une diminution du rendement ?

La diminution du rendement est de 100 %.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y-a-t-il une incapacité de travail

de 20% au moins ?

Depuis le 19 novembre 2008.

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

L'incapacité de travail est totale depuis l'événement de novembre 2008.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle ?

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

A mon avis, oui. L'assuré est apte aux mesures de réadaptation professionnelle dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

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

2.1 Si oui par quelles mesures ?

A mon avis, il n'y a aucune mesure susceptible d'améliorer la capacité de travail dans le poste exercé jusqu'à 2008.

2.2.A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

Sans objet.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ?

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

L'assuré peut exercer uniquement une activité sédentaire en position assise pour autant qu'il puisse surélever sa jambe droite et son port de charge.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ?

Du point de vue purement somatique, il n'y a pas d'argument pour dire qu'il ne peut pas exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à 100 %.

3.3 Y-a-t-il une diminution du rendement ?

En raison des douleurs chroniques et des difficultés pour les déplacements, une diminution de rendement de 20 % est à mon avis justifiable.

3.4 Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ?

A mon avis, une année après l'événement traumatique, il est apte à exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

3.5 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?

Sans objet.

### **Remarques ?**

En raison des douleurs et de l'incapacité de prendre appui sur le membre inférieur droit, l'utilisation d'une chaise roulante est justifiée. Mon appréciation sur la capacité de travail de l'assuré tient en compte uniquement les critères acceptés par l'AI. Je n'ai pas tenu en compte les difficultés pour les déplacements du domicile au lieu de travail. L'assuré ne peut pas conduire un véhicule et l'utilisation des transports publics s'avère difficile. Je n'ai pas tenu en compte

des phénomènes d'adaptation et d'accoutumance. L'assuré n'exerce pas d'activité professionnelle depuis novembre 2008. Je n'ai pas tenu en compte l'âge du patient (55 ans) ni du marché du travail actuel."

Dans un avis médical SMR du 22 janvier 2015, le Dr B. \_\_\_\_\_ a retenu que la situation était claire et a suivi les conclusions du Dr P. \_\_\_\_\_, estimant qu'elles étaient justes et convaincantes au regard de la maladie et du métier.

Le 27 janvier 2015, l'assuré a déposé une demande d'allocations pour impotent. Il a allégué avoir besoin d'aide pour se déplacer dans l'appartement et à l'extérieur et entretenir des contacts sociaux depuis novembre 2008, quotidiennement et de manière constante. Il avait aussi besoin de prestations pour lui permettre de vivre chez lui (déplacements, ménage, courses, etc.), pour les rendez-vous et contacts hors du domicile (transport) et pour éviter l'isolement durable du monde extérieur. Enfin, il a répondu par la négative à la question de savoir si un service spécialisé s'était déjà occupé de lui en raison d'un handicap psychique.

Dans un courrier du 5 février 2015, le Dr C. \_\_\_\_\_ s'est tout d'abord étonné qu'une nouvelle expertise ait été demandée au même expert. Il s'est ensuite déclaré tout à fait d'accord avec ce dernier sur les diagnostics, l'appréciation du cas et le pronostic. En ce qui concernait les limitations, le Dr C. \_\_\_\_\_ pensait aussi que le patient ne pouvait plus utiliser son membre inférieur droit dans une activité et ne pouvait pas tenir en position debout. Son avis divergeait en revanche sur la position assise, dans la mesure où, selon lui, le patient était quand même très algique, ce qui entraînait des troubles de la concentration et l'empêchait de rester en position assise, sans bouger de façon prolongée. Le Dr C. \_\_\_\_\_ n'était pas non plus d'accord avec l'expert sur les mesures de réadaptation professionnelle. Vu ses douleurs et la limitation fonctionnelle, l'intéressé ne retrouverait jamais une capacité de travail quelle qu'elle soit. Le praticien a en outre souligné que le patient n'était pas capable de se déplacer seul et ne pouvait pas utiliser les transports publics.

Par courrier du 18 février 2015, l'assuré a pris position sur le rapport d'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_. Il a considéré que la position de ce dernier n'était pas cohérente dans la mesure où il reconnaissait une péjoration de l'état de la jambe droite mais estimait la capacité de travail inchangée. L'assuré a en outre soutenu que l'expert n'avait pas pris en compte la diminution de ses capacités de concentration et de résistance, ainsi que la nécessité de bouger à différents moments. Les conclusions de l'expert n'étaient donc pas totalement convaincantes. Finalement, pour le cas où l'expert serait suivi, l'assuré a considéré qu'un avis de la réadaptation serait utile.

Dans un avis médical SMR du 4 mars 2015, le Dr B.\_\_\_\_\_ ne voyait pas en quoi un complément d'expertise ne pouvait pas être demandé au même expert suite à l'évolution de la maladie. Il a en outre estimé qu'il n'y avait pas de contradiction dans l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_, dans la mesure où il retenait une baisse de rendement plus importante en 2014 qu'en 2001 (20% au lieu de 10 %) de manière rétroactive (dès un an après l'événement traumatique). Par ailleurs, « *comprenant le dilemme de cette situation difficile* », il s'est déclaré d'accord avec un avis de la réadaptation.

Il ressortait d'un document interne du 29 avril 2015 intitulé « REA - Rapport final » que l'assuré avait expliqué ne pas pouvoir envisager une réinsertion professionnelle au vu de son état de santé. Les douleurs étaient telles que tout déplacement était difficilement supportable et il dépendait de son amie, puisqu'il n'était pas en mesure de conduire ou de prendre les transports publics. Par ailleurs, dans le cadre de la permanence juridique, il a été décidé de se baser sur la CCT du personnel agricole du canton de Vaud afin de calculer le revenu sans invalidité. Les frais de pension et de logement (990 fr.) - qui pouvaient être déduits de la déclaration d'impôts - n'étaient pas ajoutés au 3'370 fr., ce qui donnait un revenu sans invalidité annuel de 39'840 fr. en 2014. Le revenu avec invalidité s'élevait à 42'005 fr. en tenant compte d'une réduction supplémentaire de 20 % au titre de désavantage salarial (ESS

2012, niveau de compétence 1, indexé pour 2014). Le degré d'invalidité ainsi obtenu était de 0 %. Il ressortait en outre du rapport final que le bénéficiaire aurait pu mettre sa capacité résiduelle en valeur dans les secteurs de l'horlogerie (anglage, emboîtement, réglage, polissage), de l'industrie légère (montage, conditionnement, contrôle, surveillance d'un processus de production), d'enquêtes de marché téléphoniques et de conseil à la clientèle par téléphone.

Dans un rapport médical pour les personnes imputables AVS/AI du 27 mai 2015, le Dr S. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'algodystrophie depuis novembre 2008, le pronostic allant s'aggravant. Il a observé que l'assuré avait besoin d'aide pour se déplacer et entretenir des contacts sociaux quotidiennement et pour faire face aux nécessités de la vie (toilette, douche, ménage, tout déplacement extérieur, courses) trois à quatre heures par jour, depuis novembre 2008. Il a joint à son rapport le courrier susmentionné du Dr C. \_\_\_\_\_ du 11 septembre 2014.

Par projet de décision du 30 juin 2015, annulant et remplaçant celui du 10 juillet 2014, l'OAI a informé l'intéressé de son intention de rejeter sa demande de prestations. En substance, il a retenu que l'expert P. \_\_\_\_\_ avait maintenu une capacité de travail nulle comme berger d'alpage mais que l'assuré pouvait effectuer une activité adaptée sédentaire (en position assise, sans port de charges, surélévation du membre inférieur droit et utilisation d'un fauteuil roulant) à 100 %, avec une baisse de rendement de 20 % dès novembre 2009. La division de réadaptation avait donc évalué le préjudice économique subi et avait relevé que, sans atteinte à la santé, l'intéressé aurait pu prétendre à un revenu annuel brut de 39'840 fr. comme berger d'alpage à plein temps. Elle a arrêté le revenu d'invalidité à 42'005 fr. sur la base des données statistiques telles que résultant des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (OFS), en prenant en compte un abattement de 20 % en raison des limitations fonctionnelles (année 2014 - niveau de compétence 1). Le revenu d'invalidité était donc plus élevé que celui que l'assuré réalisait avant son atteinte à la santé. Par ailleurs, un nombre significatif d'activités simples et répétitives couvrant les secteurs

de la production et des services étaient légères et donc adaptées à son handicap. Par conséquent, le droit aux prestations n'était pas ouvert.

Par communication de l'OAI de ce même 30 juin 2015, une aide au placement a été accordée à l'intéressé.

En réponse à une convocation à une séance d'information en matière d'aide au placement devant avoir lieu le 1<sup>er</sup> septembre 2015, l'assuré a allégué le 21 août 2015 être dans l'impossibilité de s'y rendre car son amie travaillait ce jour-là. Il a ajouté avoir déjà fait de l'aide au placement et avoir sérieusement recherché une activité adaptée grâce à trois semaines passées à l'Orif d' [...], ce qui n'avait rien donné dans la mesure où chaque déplacement était une torture.

Par courrier du 27 août 2015, l'intéressé a fait part de ses objections au projet de décision précité. Il a en particulier fait valoir que le SMR avait apprécié les faits médicaux de manière erronée dans son avis du 4 mars 2015. L'expert arrivait à la même conclusion que ce qui avait été admis par le SMR dans son avis du 18 janvier 2012 (baisse de rendement de 20 %) et plus tôt (18 novembre 2009 et non plus 12 juillet 2011). L'assuré a ajouté que l'estimation de la capacité de travail par l'expert souffrait d'un manque d'explications objectives, dans la mesure où elle restait inchangée alors qu'il avait mentionné une péjoration de l'état de santé en retenant des limitations fonctionnelles plus restrictives et un diagnostic supplémentaire. Il y avait donc des incohérences dans son raisonnement. L'intéressé a encore soutenu que, bien qu'insatisfaisant au regard des critères jurisprudentiels, il ressortait tout de même du rapport du 13 janvier 2015 que l'état de santé de l'intéressé s'était péjoré depuis l'examen clinique de 2011. Dans la mesure où jusqu'au 12 juillet 2011, l'assuré n'était pas en mesure d'effectuer d'activité industrielle légère, il convenait d'admettre a fortiori qu'une petite activité industrielle était encore moins possible à l'époque du courrier. L'assuré a en outre fait valoir qu'il n'existait pas suffisamment de postes adaptés à ses limitations fonctionnelles pour qu'il puisse mettre en œuvre sa capacité résiduelle de

travail dans une mesure significative. Il fallait dès lors retenir une incapacité totale de travail et subsidiairement ordonner une expertise.

Par courrier du 15 septembre 2015, l'OAI a mis un terme à la mesure d'aide au placement, au motif qu'il comprenait que l'assuré ne s'estimait pas en mesure de reprendre une quelconque activité.

Dans un avis médical SMR du 18 septembre 2015, le Dr B.\_\_\_\_\_ a retenu que l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_ avait pleine valeur probante et qu'un simple rapport du médecin traitant n'aurait pu prévaloir sur celle-ci. Il n'y avait donc aucune raison de s'écarter des constatations antérieures et de mandater une troisième expertise. Il a par ailleurs proposé de demander à l'Orif une évaluation de ses investigations, voire l'avis du Dr V.\_\_\_\_\_, si l'assuré y était allé.

Il ressortait d'une note d'entretien du 20 octobre 2015 que l'Orif COPAI n'avait pas eu de nouvelles de l'assuré depuis la fin de la mesure d'instruction qui avait eu lieu du 14 novembre au 9 décembre 2011 et qu'un rapport complet devait être en possession de l'OAI.

Dans une enquête d'impotence du 29 octobre 2015, l'instructrice a retenu que l'assuré avait besoin d'accompagnement permettant de vivre de manière indépendante à hauteur de trois heures par semaine depuis novembre 2008.

Dans un avis médical SMR du 5 novembre 2015, le Dr B.\_\_\_\_\_ a retenu que l'Orif avait répondu avoir vu l'assuré seulement du 14 novembre au 9 décembre 2011 et qu'il pouvait travailler à 100 % avec un rendement à 80 % du fait de sa perte de mobilité. Le médecin du SMR en restait donc aux attendus de l'avis SMR du 22 janvier 2015 après l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_.

Dans un avis médical SMR du 20 novembre 2015, la Dresse W.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a relevé que les limitations retenues par l'instructrice lors de l'enquête d'impotence (entretien du sol et sanitaires)

étaient cohérentes avec l'atteinte à la santé de l'assuré. Elle ne pouvait en revanche pas se prononcer sur le point de savoir si ces limitations justifiaient un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'AI. Un avis juriste lui paraissait pertinent.

Par projet de décision du 9 décembre 2015, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une allocation pour impotent de degré faible, le droit à cette allocation débutant le 1<sup>er</sup> janvier 2014. Il a retenu que les conditions d'octroi de l'allocation étaient réunies dès le 1<sup>er</sup> novembre 2009 (à l'échéance du délai de carence d'un an), mais qu'en raison d'une demande tardive, les prestations ne pouvaient être accordées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande, soit dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014.

Dans un avis médical du 8 janvier 2016 faisant suite à des questions du service juridique de l'OAI, le Dr B. \_\_\_\_\_ a relevé que le 80 % retenu dans l'avis du SMR du 18 janvier 2012 était basé sur le stage au COPAI et le rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ du 12 août 2011. Il a ensuite retenu qu'il pouvait effectivement admettre que l'expertise du Dr P. \_\_\_\_\_ de janvier 2015 constatait une aggravation par rapport à celle de 2011. Il a donc renvoyé le dossier pour suite à bien plaire et prise de décision finale « *devant le dilemme de cette situation humaine difficile (id est quels sont les espoirs de reclassement véritable possible pour cet assuré sur un 1<sup>er</sup> marché en crise avec un taux de chômage qui augmente ?) »*.

Par courrier du 22 janvier 2016 de son conseil, l'assuré a indiqué ne pas avoir d'objection à formuler à l'encontre du projet de décision du 9 décembre 2015.

Par courrier du 29 janvier 2016, l'assuré (non représenté) a contesté le projet de décision du 9 décembre 2015, au motif qu'il considérait avoir droit à une allocation de degré moyen depuis 2008.

L'intéressé ayant renoncé à faire objection au projet de décision susmentionné par courrier du 10 février 2016, ledit projet a été confirmé par décision du 7 juin 2016.

Il ressortait d'un « Avis juriste - Audition » du 22 juin 2016 qu'il n'y avait eu aucune aggravation de l'état de santé susceptible d'influencer le droit aux prestations, dans la mesure où ni l'expert P.\_\_\_\_\_ ni les médecins traitants n'invoquaient une aggravation sensible de l'état de santé de l'assuré postérieurement à la décision du 31 août 2012, en tout cas sur le plan somatique. En l'absence d'un motif de révision au sens du droit applicable, il n'y avait pas lieu de revenir sur le taux d'invalidité de 9 % dès le 1<sup>er</sup> novembre 2011 comme retenu dans la décision initiale du 31 août 2012. Par ailleurs, la juriste a fait remarquer que le revenu sans invalidité retenu dans le projet de décision du 30 juin 2015 (39'840 fr.) était à son avis trop élevé chez un assuré qui se contentait d'un revenu très minime avant l'accident de 2008. Il y avait lieu plutôt de retenir un montant de l'ordre de 12'000 fr. par an.

Par décision du 6 septembre 2016, identique au projet du 30 juin 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Dans un courrier d'accompagnement du même jour, l'OAI a retenu qu'il n'y avait pas eu de modification de l'état de santé de l'assuré justifiant la prise en compte d'une incapacité de travail plus importante que celle retenue dans la décision du 31 août 2012. En l'absence d'un motif de révision, il n'y avait pas lieu de revenir sur le taux d'invalidité de 9 % dès le 1<sup>er</sup> novembre 2011 comme retenu dans la décision initiale du 31 août 2012.

**D.** Par acte du 12 octobre 2016, G.\_\_\_\_\_, représenté par Procap, a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée de l'OAI, concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ainsi qu'à toute mesure d'instruction utile. En substance, il a fait valoir qu'il existait un motif de révision, le Dr P.\_\_\_\_\_ minimisant clairement les conséquences des douleurs sur la capacité de travail, et que, dans tous les cas, il n'existait pas de possibilité pour lui de mettre en

valeur sa capacité de travail sur un marché du travail équilibré. Le recourant a également allégué que l'expertise du Dr P. \_\_\_\_\_ devait être considérée comme une expertise interne à l'assurance dans la mesure où il avait déjà été amené à se prononcer sur le dossier de l'assuré alors qu'il était employé de l'intimé. Dès lors, le moindre doute quant à la fiabilité du raisonnement nécessiterait un complément d'instruction. A cet égard, l'intéressé est revenu sur les critiques émises par le Dr C. \_\_\_\_\_ quant au rapport du Dr P. \_\_\_\_\_. Il a également soutenu que l'aggravation de l'état de santé du recourant depuis le 31 août 2012 ne faisait aucun doute et que le droit à une allocation pour impotent dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014 démontrait que la situation n'était plus similaire à celle prévalant au 31 août 2012. Dans ces conditions, des doutes suffisants existaient quant aux conclusions du Dr P. \_\_\_\_\_ dont la valeur probante devait être niée. Finalement, l'intéressé a soutenu que, même s'il fallait considérer l'expertise du 13 janvier 2015 comme probante, il aurait droit à une rente d'invalidité au motif que ses importants problèmes de mobilité rendaient illusoire l'exercice de toute activité lucrative. Le recourant a par ailleurs requis l'assistance judiciaire.

Dans une réponse du 18 novembre 2016, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il a retenu que l'expertise du 13 janvier 2015 du Dr P. \_\_\_\_\_ était un complément d'expertise, que rien n'empêchait que celui-ci soit effectué par le même spécialiste et que l'expert avait fait un travail dans les règles de l'art. L'OAI a ajouté que la situation de l'intéressé ne s'était pas aggravée. L'expert P. \_\_\_\_\_ n'avait pas constaté d'aggravation, l'assuré avait déclaré à l'expert que son membre inférieur droit avait très peu évolué depuis 2010 et les limitations fonctionnelles reconnues par l'expert correspondaient à celles retenues par le COPAI en 2011. En outre, l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible en 2014 ne permettait pas de conclure à l'absence de capacité résiduelle de travail. L'intimé a encore estimé que les conditions d'un motif de révision n'étaient pas remplies. Finalement, il a retenu que le lieu de vie du recourant qui était partagé entre [...] et [...] n'était pas des plus accessible et que les trajets qui auraient pu être longs et coûteux auraient constitué un frein à

l'engagement. Cela dit, ce n'était pas à l'AI d'assumer les choix de vie du recourant.

Dans un courrier manuscrit du 12 décembre 2016, l'assuré a apporté des explications complémentaires sur les douleurs dont il souffrait et son impossibilité à rester plus de cinq minutes debout. Il a également évoqué le sujet de l'amputation abordé avec un chirurgien et les efforts consentis pour pouvoir terminer le stage COPAI.

Par réplique du 26 janvier 2017 de son conseil, le recourant a confirmé les faits, moyens et conclusion de son recours. Il a fait valoir que le Dr C. \_\_\_\_\_ avait clairement fait part de son désaccord avec les conclusions de l'expertise sur la capacité de rester en position assise. Il a allégué qu'il ne pouvait exercer une activité ni en position debout, ni en position assise constante, tout en devant maintenir la jambe droite à l'horizontale. Il n'était dès lors absolument pas en mesure de retrouver une quelconque activité. L'intéressé a encore produit le courrier manuscrit du 12 décembre 2016 susmentionné.

Dans une duplique du 13 février 2017, l'intimé a confirmé sa position.

**E.** Par décision du 21 octobre 2016, la juge instructeur a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire à G. \_\_\_\_\_ concernant les frais.

### **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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (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 - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances

compétent (art. 56 et 58 LPGA ; art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les autres formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**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. 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 (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C\_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1 ; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande de prestations du 23 avril 2014. Le litige porte singulièrement sur le point de savoir si son degré d'invalidité a subi une modification significative entre la décision rendue le 31 août 2012 et la décision litigieuse.

**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 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 se définit 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).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_645/2016 du 25 janvier 2017 consid. 5.2).

**b)** 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 nécessaires 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\_662/2016 du 15 mars 2017 consid. 2.2 et 9C\_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées

par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 130 I 180 consid. 3.2 et 125 V 193 consid. 2 ; TF 9C\_718/2015 du 22 mars 2016 consid. 5.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge en cas de recours – se base sur des documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

**c)** 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, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, 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 soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1).

Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ;

RS 831.201) peuvent revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences requises par la jurisprudence en matière d'expertise médicale rappelées ci-dessus, bien qu'ils 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 ; TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3, 9C\_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 et 9C\_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées, passage non publié in ATF 135 V 254). Il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Cela étant, il convient 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).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références citées ; TF 4A\_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2).

Par ailleurs, les données médicales, qui permettent généralement une appréciation objective du cas, l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C\_790/2015 du 22 juin 2016 consid. 6.2 et la référence citée). En effet, le rôle d'un centre d'observation professionnelle n'est pas de se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée et sur les répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail (TF 9C\_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4.1). C'est aux médecins qu'il appartient de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, ses limitations fonctionnelles et le type d'activités encore exigibles (ATF 125 V 256 consid. 4), dans la mesure où leur connaissance spécifique de la

médecine leur permet de dépasser le stade de la simple observation in situ qui comprend trop de facteurs incontrôlables pour emporter à elle seule la conviction dans une situation médicale controversée (TF 9C\_31/2010 du 28 septembre 2010 consid. 3 et 9C\_34/2008 du 7 octobre 2008 consid. 3).

**d)** Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes. 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 établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_905/2015 du 29 août 2016 consid. 5.3.2, 9C\_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1 et 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1).

L'existence de pièces médicales aboutissant à des conclusions apparemment contradictoires ne suffit en soi pas à justifier l'existence d'un doute minime quant à la pertinence d'avis de médecins employés par l'assurance (ATF 135 V 465 ; TF 9C\_96/2017 du 3 août 2017 consid. 4.2.6).

**4. a)** Selon l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. Les exigences découlant de cette réglementation doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample

examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées ; TF 9C\_516/2012 du 3 janvier 2013 consid. 2 et I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

**b)** Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 et 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Par contre, lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande après un précédent refus de prestations, selon l'art. 87 al. 3 RAI, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence citée ; TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

**5.** En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la deuxième demande de prestations déposée le 23 avril 2014 par le recourant et a repris l'instruction en ordonnant notamment un complément d'expertise orthopédique auprès du Dr P.\_\_\_\_\_. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force du 31 août 2012 et la décision litigieuse du 6 septembre 2016, l'état de santé de l'intéressé s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

**a)** Dans le cadre de l'examen de la première demande de l'assuré, l'OAI s'est fondé sur l'avis médical SMR du 18 janvier 2012 du Dr B.\_\_\_\_\_, selon lequel la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle mais une activité adaptée à 80 % était exigible dès le 12 juillet 2011. Cet avis reposait lui-même essentiellement sur le rapport d'examen clinique orthopédique SMR du Dr P.\_\_\_\_\_ du 3 février 2011 et le rapport du Dr V.\_\_\_\_\_ du COPAI du 12 décembre 2011.

Le Dr P.\_\_\_\_\_, alors médecin au SMR, a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de séquelles d'algodystrophie sévère à l'extrémité distale du membre inférieur droit suite à une fracture distale du tibia et du péroné. Il a observé que l'intéressé ne pouvait pas s'appuyer sur son membre inférieur droit car des douleurs intenses apparaissaient et qu'il se déplaçait principalement en chaise roulante. Il avait peu de douleurs en position assise, mais lorsqu'il gardait sa cheville et son pied en déclive plus de deux heures, il avait des douleurs le soir. L'expert a en outre retenu que le recourant ne pouvait plus exercer son activité habituelle de berger et gardien de génisses depuis novembre 2008, mais qu'il présentait dès novembre 2009 une capacité de travail de 90 % dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles, à savoir une activité sédentaire en position assise, sans port de charges, avec possibilité de surélever le membre inférieur droit environ cinq minutes par heure.

Afin d'évaluer la capacité de travail de manière concrète dans une activité de l'industrie légère, un stage COPAI a été effectué à la fin de l'année 2011. Le Dr V.\_\_\_\_\_ en a conclu que l'intéressé pouvait

travailler à plein temps dans toutes sortes de travaux pouvant l'intéresser, comme du contrôle de qualité et des montages à l'établi. Le travail devait être possible en position assise sur sa chaise roulante et le poste de travail accessible à un fauteuil roulant. Les rendements légèrement diminués, de l'ordre de 80 %, étaient exigibles, vu la mobilité réduite du fait du fauteuil roulant et la nécessité d'installer sa jambe droite en position horizontale pour être un peu confortable, ce qui entraînait un inconfort et des entraves positionnelles.

Dans ce contexte, par décision du 31 août 2012, l'OAI a limité le versement d'une rente d'invalidité à la période comprise entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 octobre 2011, l'intéressé étant capable de travailler à 80 % dans une activité adaptée dès le 12 juillet 2011. Comme expliqué par le Dr B. \_\_\_\_\_ (avis médical du 8 janvier 2016) cette date a été fixée sur la base du rapport du 12 août 2011 du Dr S. \_\_\_\_\_.

**b) aa)** Pour se prononcer sur la deuxième demande de prestations de l'assuré, l'OAI a mis en œuvre une expertise orthopédique auprès du Dr P. \_\_\_\_\_, installé à cette époque dans son propre cabinet à [...]. Dans son rapport d'expertise du 13 janvier 2015, ce dernier a posé les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de séquelles d'une algodystrophie sévère (CRPS type I) du membre inférieur droit (suite à une fracture spiroïde distale du tibia et une fracture Weber B de la malléole externe à droite traitée par ostéosynthèse par plaque le 19 novembre 2008) et d'atrophie musculaire marquée de la jambe et du pied droit. L'expert P. \_\_\_\_\_ a relevé que l'intéressé avait développé une algodystrophie sévère du membre inférieur droit et que, en raison de ses douleurs, il n'appuyait pratiquement pas ce membre, ce qui favorisait et entretenait l'ostéopénie marquée et l'atrophie musculaire. Il se déplaçait chez lui essentiellement en chaise roulante. Les traitements entrepris s'étaient par ailleurs avérés inefficaces et il n'y avait pas d'évidence d'algoneurodystrophie en phase aiguë ni froide, l'asymétrie de captation étant expliquée en premier lieu par une sous-utilisation du membre. Le pronostic était très défavorable. Dans ce contexte, le Dr P. \_\_\_\_\_ a retenu que l'assuré n'était plus apte à exercer son métier de berger

d'alpage et employé agricole depuis le 19 novembre 2008. En revanche, au plan physique, l'assuré pouvait effectuer dès novembre 2009 une activité sédentaire en position assise sans port de charge, pour autant qu'il puisse surélever son membre inférieur droit. L'expert a précisé que, d'un point de vue purement somatique, il n'y avait pas d'argument pour dire que le recourant ne pouvait pas exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à 100 %. Cela dit, en raison des douleurs chroniques et des difficultés pour les déplacements, une diminution de rendement de 20 % était à son avis justifiable.

**bb)** Aucun des éléments médicaux au dossier ne permet de remettre en cause les conclusions du Dr P.\_\_\_\_\_.

Sur le plan somatique, le Dr C.\_\_\_\_\_ partage l'appréciation de l'expert P.\_\_\_\_\_ quant aux diagnostics posés, à l'impossibilité pour le recourant d'utiliser la jambe droite et de rester debout, au fait que ce dernier devait utiliser des cannes anglaises pour se déplacer et à la nécessité de mettre sa jambe en surélévation en position assise. Le praticien a en effet posé les diagnostics d'algoneurodystrophie sévère du membre inférieur droit (correspondance du 3 juin 2013) et de séquelles douloureuses et fonctionnelles du membre inférieur droit après fracture compliquée par une algodystrophie sévère avec une amyotrophie importante (rapport médical du 20 mai 2014). Il a en outre observé que l'intéressé présentait des douleurs importantes dans ce membre, notamment lorsqu'il était en position déclive après quinze à trente minutes (correspondance du 3 juin 2013), respectivement dix à trente minutes (rapport médical du 20 mai 2014), que l'appui sur le sol était difficilement tolérable (correspondance du 3 juin 2013 ; rapport médical du 20 mai 2014) et que les douleurs nécessitaient régulièrement qu'il mette son membre inférieur en hauteur, en position assise (correspondance du 3 juin 2013 ; rapport médical du 20 mai 2014). Le Dr C.\_\_\_\_\_ a d'ailleurs expressément reconnu son accord avec ce qui précède dans son courrier du 5 février 2015, tout comme le recourant (recours p. 9). En revanche, l'avis du spécialiste diverge de celui de l'expert s'agissant de la capacité de travail de l'intéressé en position

assise, qu'il estimait nulle au vu des douleurs, de l'impossibilité de rester sans bouger de façon prolongée et des limitations fonctionnelles. A cet égard, on relèvera que le praticien n'a fait état d'aucun élément médical nouveau justifiant de s'écarter de la capacité de travail retenue par l'expert. Ce dernier a en effet pris en compte les douleurs chroniques et les difficultés rencontrées par le recourant pour les déplacements et retenu en conséquence une diminution de rendement de 20 %. De surcroît, la position du Dr C. \_\_\_\_\_ est contredite par les déclarations de l'intéressé au Dr P. \_\_\_\_\_, selon lequel « *la position assise [était] assez bien tolérée pour autant qu'il puisse surélever sa jambe droite* » et « *chez lui, il [restait] la majorité du temps assis* » (rapport d'expertise du 13 janvier 2015, p. 4). L'avis du Dr C. \_\_\_\_\_ n'est ainsi en réalité qu'une appréciation différente d'une même situation clinique, qui ne permet pas de mettre en doute la pertinence des conclusions de l'expert.

S'agissant du plan psychique, la Cour observe que l'épisode anxio-dépressif réactionnel dont le Dr C. \_\_\_\_\_ a fait état à une seule et unique occasion (rapport médical du 19 mai 2014) et dont le recourant ne s'est plus prévalu depuis son courrier du 11 septembre 2014, n'est objectivé par aucun élément au dossier. Son éventuel effet sur la capacité de travail de l'intéressé non plus. En particulier, aucun spécialiste en psychiatrie et psychothérapie n'a posé de diagnostic en la matière et aucun autre médecin ayant examiné l'intéressé depuis son accident n'a fait état d'un tel trouble. Dans ce contexte, on ne peut considérer l'existence d'un trouble psychique comme établi. Il convient dès lors de nier toute aggravation de l'état de santé du recourant sur ce plan.

Le Dr S. \_\_\_\_\_, quant à lui, a posé le diagnostic d'algodystrophie et retenu qu'il n'y avait aucun espoir d'amélioration de l'état de santé du recourant, le pronostic allant en s'aggravant (rapports médicaux des 19 mai 2014 et 27 mai 2015). Il s'est toutefois contenté de renvoyer aux rapports médicaux du Dr C. \_\_\_\_\_ qui, comme expliqué ci-dessus, ne permettent pas de douter de l'appréciation du Dr P. \_\_\_\_\_. Il n'a apporté aucun élément médical nouveau démontrant la prétendue aggravation de l'état de santé de son patient et ne peut dès lors être suivi.

Finalement, le Dr B. \_\_\_\_\_ du SMR a certes déclaré dans le rapport médical SMR du 8 janvier 2016 qu'il pouvait effectivement admettre que l'expertise du Dr P. \_\_\_\_\_ de janvier 2015 constatait une aggravation par rapport à celle de 2011. Il n'a toutefois pas justifié son propos qui est contredit, non seulement par la teneur même de l'expertise du Dr P. \_\_\_\_\_, mais aussi par l'ensemble du dossier, y compris les prises de positions antérieures du médecin du SMR. Cela ne peut suffire à remettre en cause l'appréciation bien étayée de l'expert.

**cc)** On peut certes douter de l'opportunité de nommer comme expert le Dr P. \_\_\_\_\_, qui avait déjà eu l'occasion d'examiner l'intéressé alors qu'il était employé du SMR, au cours de l'instruction de sa première demande de prestations AI. Cette question n'est toutefois pas décisive ici, dans la mesure où, dans tous les cas, le rapport d'expertise du 13 janvier 2015 satisfait en tous points aux exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (consid. 3c supra). Il repose sur un examen complet du dossier médical et un examen clinique de l'intéressé, il tient compte tant de l'anamnèse que des plaintes du recourant et ses conclusions sont claires et dûment motivées. De plus, comme expliqué ci-dessus (consid. 5b/bb supra), il n'y a pas la moindre incertitude quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations du Dr P. \_\_\_\_\_.

Ainsi, il convient de retenir que l'état de santé de l'intéressé ne s'est pas aggravé depuis la dernière décision entrée en force. En effet, sous réserve de l'atrophie musculaire marquée de la jambe et du pied droit qui ne figurait pas dans l'expertise orthopédique SMR de 2011 - ce qui ne permet pas d'exclure sa présence à cette époque, le Dr V. \_\_\_\_\_ ayant déjà observé une jambe droite hypotrophe cette année-là (rapport médical du 12 décembre 2011) - les observations de l'expert P. \_\_\_\_\_ sont superposables à celles effectuées en 2011. Le recourant a d'ailleurs déclaré lors de la deuxième expertise du Dr P. \_\_\_\_\_ que l'état de son membre inférieur droit n'avait pas changé depuis 2010 (rapport d'expertise orthopédique du 13 janvier 2015, p. 7). La capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée n'a pas non plus évolué à la baisse,

dans la mesure où l'expert a souligné que, du point de vue purement somatique, il n'y avait pas d'argument pour dire que l'assuré ne pouvait pas exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à 100 %. La baisse de rendement de 20 % pour tenir compte des douleurs chroniques et des difficultés de déplacement, qui correspond à celle retenue suite au stage COPAI de fin 2011 lors de l'examen de la première demande de prestations AI, souligne encore l'absence d'évolution sur ce point. Finalement, les limitations fonctionnelles retenues, à savoir une activité sédentaire en position assise sans port de charge et avec la possibilité de surélever la jambe droite, sont sensiblement les mêmes que celles de 2011. Le fait que la possibilité de surélever le membre inférieur droit ne soit plus expressément limitée à cinq minutes par heure ne suffit pas pour admettre une aggravation suffisamment importante de l'état de santé pour influencer sur le degré d'invalidité, ce d'autant plus que lors de l'instruction de la première demande de prestation le Dr V. \_\_\_\_\_ évoquait déjà la nécessité pour l'intéressé d'« *installer sa jambe droite en position horizontale pour être un peu confortable* » sans évoquer une durée de quelques minutes par heure.

L'octroi au recourant d'une allocation pour impotence de degré faible à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014 ne démontre pas non plus l'existence d'une aggravation de l'état de santé entre la dernière décision entrée en force et la décision litigieuse, contrairement à ce qu'a soutenu ce dernier. Ses besoins d'accompagnement existaient depuis novembre 2008 (enquête d'impotence du 29 octobre 2015 et décision du 7 juin 2016) et ce n'est qu'en raison d'une demande tardive que les prestations n'ont été accordées que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014 (décision du 7 juin 2016).

**c)** Au vu de ce qui précède, force est de constater que du point de vue de l'exigibilité d'une activité adaptée, la situation décrite en 2015 reste essentiellement superposable à celle prévalant lors de la décision du 31 août 2012 et que ce constat n'est remis en doute par aucun avis médical au dossier. Ainsi, en l'absence d'évolution notable de l'état de santé du recourant, les conditions d'une révision ne sont pas remplies.

C'est donc à juste titre que l'OAI a rejeté la deuxième demande de prestations AI de ce dernier.

**6.** Par surabondance, on observera que c'est à tort que le recourant a soutenu que ses importants problèmes de mobilité et ses nombreuses limitations fonctionnelles rendaient illusoire l'exercice d'une activité lucrative et, partant, qu'une capacité résiduelle de travail était inexigible.

**a)** En effet, lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 9C\_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2, 8C\_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2 et 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2 ; TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références citées, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C\_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et 9C\_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2 ; TFA I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le

caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C\_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2, 9C\_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1 et 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2).

**b)** Il n'est pas contesté en l'espèce que l'état de santé du recourant a pour conséquence un certain nombre de limitations fonctionnelles et des difficultés de déplacement. Cela dit, d'un point de vue strictement médical, l'expert P.\_\_\_\_\_ a considéré que l'intéressé était en mesure de reprendre une activité adaptée, à savoir une activité sédentaire en position assise sans port de charge et avec la possibilité de surélever la jambe droite, à plein temps, avec une diminution de rendement de 20 % en raison des douleurs chroniques et des difficultés pour les déplacements. Quoi qu'en dise le recourant, il convient d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées à ses limitations et accessibles sans aucune formation particulière. Il n'est ainsi de loin pas illusoire ou irréaliste d'admettre que l'intéressé peut retrouver un emploi en dépit de ses limitations fonctionnelles. A cet égard, ce dernier n'a pas établi de manière convaincante en quoi des activités simples et répétitives dans les secteurs de la production et des services, ne seraient pas exigibles au regard des limitations retenues puisqu'il s'est contenté de se référer aux interrogations d'ordre général des médecins. On rappellera au demeurant qu'il n'y a pas lieu, dans ce contexte, d'examiner dans quelle mesure la situation concrète du marché du travail permettrait au recourant de retrouver un emploi. En ce qui concerne plus particulièrement les difficultés de déplacement du recourant, la Cour observe que le Dr P.\_\_\_\_\_ en a tenu compte puisque le rendement exigible du recourant a en définitive été réduit de 20 %. Pour le surplus, on relèvera encore que l'assurance-invalidité n'a pas à assumer une incapacité de gain qui n'est pas causée par une atteinte à la santé. Ainsi, comme mentionné par l'intimé dans sa réplique et par le Dr P.\_\_\_\_\_ dans son

rapport d'expertise orthopédique du 13 janvier 2015, les difficultés liées au fait que le recourant est domicilié entre [...] et [...] ne sauraient être prises en considération.

**c)** Il résulte de ce qui précède que c'est à raison que l'intimé a retenu le caractère exigible d'une activité adaptée à 80 %.

**7. a)** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 et 125 I 127 consid. 6c/cc ; TF 8C\_660/2015 du 24 février 2016 consid. 4.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d, 119 V 335 consid. 3c et 104 V 209 consid. a ; TF 8C\_372/2014 du 12 mai 2015 consid. 4.3).

**b)** En l'espèce, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant, à savoir d'ordonner une expertise orthopédique. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée.

**8. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des

assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors que ce dernier a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (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 cependant que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 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 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3])

**c)** Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 6 septembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

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

**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 de justice 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 :

- Procap, Service juridique, (pour G. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :