

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 février 2026

Composition : M<sup>me</sup> DI FERRO DEMIERRE, présidente  
M<sup>me</sup> Brélaz Braillard et M. Piguet, juges  
Greffier : M. Favez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.**\_\_\_\_\_, à **Y.**\_\_\_\_\_, recourant, représenté par **Me X.**\_\_\_\_\_, avocat à  
**L.**\_\_\_\_\_,

et

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

---

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

**En fait :**

**A.** R. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en aaaa, originaire de B. \_\_\_\_\_, arrivé en Suisse le jj mm aaaa, au bénéfice d'un permis de séjour B, a travaillé en qualité d'ouvrier (...).

Avant son arrivée en Suisse, l'assuré avait été victime d'une fracture à la cheville droite en B. \_\_\_\_\_, laquelle n'avait pas été traitée et avait entraîné un enfoncement thalamique du calcanéum droit avec une horizontalisation de la tubérosité calcanéenne, un étalement sous-thalamique provoquant un conflit avec la pointe de la malléole et une néo-articulation à ce niveau-là. La fracture avait en outre entraîné une importante arthrose sous-astragaliennne.

Le 20 janvier 2021, le Dr U. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a opéré l'assuré (ostéotomie correctrice du calcanéum droit avec reconstruction arthrodèse sous astragaliennne et greffe autologue sous astragaliennne).

A compter de cette date, l'intéressé a présenté une incapacité de travail à 100 %.

**B. a)** Le 28 juin 2021, l'assuré a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison des séquelles de la blessure à sa cheville droite.

**b)** Procédant à l'instruction de cette demande, l'OAI a notamment recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins consultés par l'assuré (rapports du 20 août 2021 du Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et des 10 décembre 2020 et 2 septembre 2021 du Dr U. \_\_\_\_\_ ; protocole opératoire du 20 janvier 2021 du Dr U. \_\_\_\_\_). Il ressort en particulier du rapport du 2 septembre 2021 du Dr U. \_\_\_\_\_ que la capacité de travail de l'intéressé était, dès le 20 janvier 2021, nulle dans son activité habituelle d'ouvrier

polyvalent et de 100 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (travail uniquement en position assise, pas d'activités demandant de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus ou des rotations en position assise ou debout ; pas de port de charge de plus de 5 kg ; pas de travail en terrain inégal ni utilisation d'échelles, ni échafaudage).

**c)** Par décision du 21 janvier 2022 et motivation séparée du même jour, l'OAI a refusé d'octroyer à l'assuré une rente d'invalidité et des mesures professionnelles. En substance, l'OAI a reconnu à l'assuré une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle d'ouvrier polyvalent. Il a retenu que l'intéressé présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles selon le rapport du Dr U. \_\_\_\_\_ du 2 septembre 2021. L'OAI a constaté que l'assuré était, avant le début de sa maladie, employé par le biais de missions temporaires, si bien qu'il convenait de se référer aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique (OFS) pour déterminer le revenu sans et avec invalidité, à savoir un salaire de référence de 67'766 fr. 67 sans et avec invalidité pour une activité à 100 % pour un homme sans formation dans les secteurs de la production et des services. Faute de reprise d'une activité professionnelle et excluant toute réduction du revenu statistique avec invalidité, l'OAI a constaté l'absence de préjudice économique.

Cette décision est entrée en force.

**C.** Par communication du 25 mars 2022, l'OAI a octroyé à l'assuré une aide au placement. Dans ce cadre, l'assuré a recherché un emploi, pour l'essentiel comme opérateur de production, démarches de placement qui ont duré de juin 2023 à mars 2024, notamment au sein de A. \_\_\_\_\_. Par courriel du 8 février 2024, cette [dernière] a fait savoir à l'OAI qu'elle ne poursuivait pas son accompagnement dans la location de service en raison d'une impotence fonctionnelle persistante.

**D.**           **a)** Le 15 décembre 2023, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en indiquant que son état de santé s'était péjoré depuis lors.

**b)** Procédant à l'instruction de cette demande, l'OAI a notamment recueilli les pièces médicales suivantes auprès des médecins consultés par l'assuré :

- le protocole opératoire du 8 mai 2023 du Dr U.\_\_\_\_\_, (ablation de matériel d'ostéosynthèse ; résection d'un névrome cicatriciel proximal ; résection d'un ostéophyte du calcanéum postérieur à l'astragale) ;
- un rapport du 16 octobre 2023 du Dr D.\_\_\_\_\_, adressant son patient au Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Le Dr D.\_\_\_\_\_ mentionnait une impotence fonctionnelle de sa cheville droite et une médication (« *DAFALGAN cpr pell 1 g, [1-0-1-0], CELEBREX caps 100 mg, [1-0-0-0], LISITRIL comp. cpr 20/12.5 mg, [1-0-0-0], CONDROSULF cpr 800 mg, [1-0-0-0]* ») ;
- un rapport du 27 octobre 2023 du Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel constatait, sur la base des radiographies, une « *atteinte extrêmement sévère de [l']arrière pied [droit] avec un affaissement complet de l'articulation talo-calcaneenne* », une « *atteinte dégénérative talo-naviculaire* » et un « *début d'atteinte dégénérative de la cheville* ». Il a en outre constaté que, cliniquement, la cheville était « *relativement bien mobile et peu douloureuse* », la douleur semblant « *plutôt provenir d'un conflit sous-malléolaire latéral* ». Il préconisait enfin un scanner pour préciser la situation ;
- Un rapport du 29 novembre 2023 du Dr Z.\_\_\_\_\_, lequel constatait, sur la base d'un scanner, un conflit sous malléolaire latéral avec le calcanéum sous-jacent ainsi

qu'une destruction de la tibio-talienne. Ce spécialiste a mentionné que l'assuré présentait cliniquement une douleur sous malléolaire latérale, expliquée par le conflit sous malléolaire latéral avec le calcaneum sous-jacent et une douleur plus diffuse à l'effort de la tibio-talienne qui apparaissait à des mobilités en flexion dorsale de 0°, en flexion plantaire 15°, avec un craquement à la mobilisation de celle-ci et une sensibilité au niveau de l'interligne tibio-talienne.

Sur avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) du 20 février 2024, l'OAI a demandé un nouveau rapport médical au Dr D.\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 23 mars 2024 à l'OAI, ce dernier a fait savoir que son patient présentait une capacité de travail de 0 % dans son activité habituelle depuis le mois de janvier 2021 et une capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (douleurs, impossibilité de tenir une station debout prolongée, à genoux, accroupi, pas de terrain instable) de 50 % dès le mois de janvier 2024. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a précisé qu'un taux d'activité de 100 % pourra être atteint après trois à six mois de mesures. Il a notamment joint à son rapport une attestation datée du 31 janvier 2024 dans laquelle il retenait une incapacité de travail totale en raison d'un œdème du pied dès la mise en charge, une importante diminution du périmètre de marche et d'une impossibilité à maintenir la position debout.

Prenant position dans un avis du 7 mai 2024, le SMR a constaté qu'il n'existait pas de nouvel élément médical au dossier susceptible de modifier ses précédentes conclusions. Il a relevé que les limitations fonctionnelles de l'assuré étaient les mêmes que celles déjà prises en compte en 2021 (notamment la nécessité d'avoir une activité adaptée sédentaire), que, malgré les douleurs alléguées, le traitement antalgique était « *plutôt léger (palier 1 sans que la dose maximale journalière soit atteinte)* » et que l'intéressé n'avait pas donné suite à la proposition de reprise chirurgicale ni revu son orthopédiste depuis six mois, ce qui laissait à penser que la situation était stable.

**c)** Par décision du 27 septembre 2024, confirmant un projet du 8 mai 2024, l'OAI a refusé d'octroyer à l'assuré une rente d'invalidité et des mesures professionnelles.

**E. a)** Par acte déposé au greffe le 21 octobre 2024, complété le 20 mars 2025 par son conseil, R. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, au dernier état de ses conclusions, principalement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il statue à nouveau, et, subsidiairement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ainsi que de mesures professionnelles. Il a également requis l'assistance judiciaire et la mise en œuvre d'une expertise médicale. Sur le fond, il a fait valoir que l'instruction était incomplète, qu'il ne disposait plus d'aucune capacité de travail dans son activité habituelle d'ouvrier polyvalent et que son état de santé s'était péjoré au point de réduire sa capacité de travail dans une activité adaptée. A l'appui de son recours, il a notamment produit un rapport du 21 décembre 2024 du Dr D. \_\_\_\_\_ au Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, concernant la prise en charge orthopédique de son patient, et un scanner du 16 octobre 2024.

**b)** Par décision du 30 octobre 2024, la juge instructrice a octroyé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 29 octobre 2024, a désigné Me X. \_\_\_\_\_, en qualité d'avocat d'office et a exonéré le recourant des frais judiciaires, de leur avance, ainsi que de toute franchise.

**c)** Dans sa réponse du 8 avril 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse, se référant à un avis du SMR du 27 septembre 2024 qui concluait à l'absence de nouvel élément médical.

**d)** Par réplique du 3 juillet 2025, le recourant a maintenu ses conclusions, faisant valoir que son état de santé s'était péjoré et qu'il serait prochainement opéré. A l'appui de sa réplique, il a produit deux rapports du

Dr T. \_\_\_\_\_ des 24 mars et 15 mai 2025, lesquels faisaient état d'une évolution stationnaire dans un contexte de séquelles post-traumatiques du calcanéum. Le chirurgien de l'assuré a mentionné une boiterie de décharge et une impossibilité de marcher sur les talons et les pointes. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a relaté une palpation douloureuse, mais a constaté que la force était conservée avec une dorsiflexion quasi intacte et une flexion un peu limitée. Sur la base d'un nouveau scanner du 31 mars 2025, ce spécialiste a proposé une prise en charge chirurgicale du conflit externe entre le péroné et le calcanéum au vu de l'effet de pincement au niveau des tendons fibulaires, laquelle était agendée au mois de septembre 2025.

**e)** Dupliquant le 25 septembre 2025, l'intimé a implicitement confirmé sa conclusion tendant au rejet du recours, se référant à un nouvel avis du SMR du 7 août 2025 qui confirmait l'absence de nouvel élément médical.

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

**1.**           **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 28 octobre 2008 [LPA-VD ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2.**           Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles.

**a)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable ratione temporis dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1er janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1er janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

**b)** Le recourant a déposé sa nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 15 décembre 2023, si bien que se sont les dispositions de la LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022 qui trouvent application.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée,

l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGGA).

**4. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En

ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées ; TF 8C\_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

**5. a)** En l'espèce, il est admis que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle d'ouvrier polyvalent, compte tenu de son atteinte à la cheville droite, et ce depuis le 20 janvier 2021 (cf. rapport du Dr U.\_\_\_\_\_ du 2 septembre 2021 et décision du 21 janvier 2022). Les parties divergent en revanche sur la dégradation de l'état de santé de l'intéressé et sur ses éventuelles répercussions pour l'exercice d'une activité adaptée.

L'OAI estime que les répercussions des atteintes à la santé affectant le recourant n'ont pas évolué en ce qui concerne l'exercice d'un travail sédentaire adapté aux limitations fonctionnelles, laquelle reste

exigible à un taux d'activité de 100 %. Le recourant conteste la capacité de travail ainsi maintenue dans une activité adaptée, en soutenant que l'intimé aurait rendu la décision attaquée sur la base d'une instruction médicale incomplète et d'une lecture erronée et contradictoire des pièces médicales du dossier. Il convient d'examiner la situation au moment de la décision du 21 janvier 2022 entrée en force et son éventuelle évolution au moment de la décision attaquée du 27 septembre 2024 en évaluant la valeur probante des conclusions médicales auxquelles est parvenu l'intimé.

**b)** Dans son rapport du 2 septembre 2021 - lequel constitue le point de référence pour évaluer une possible évolution des répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail -, le Dr U.\_\_\_\_\_, observant une bonne évolution sept mois après l'intervention, a posé les diagnostics incapacitants de cal vicieux d'une ancienne fracture du calcanéum droit en 2015. Il a évalué la capacité de travail dans l'activité habituelle à 0 % et la capacité de travail dans une activité adaptée à 100 % avec un rendement complet. Selon lui, l'activité adaptée devait consister en une activité sédentaire respectant les limitations fonctionnelles suivantes : travail uniquement activités en position assise, pas d'activités demandant de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus ou des rotations en position assise ou debout ; pas de port de charge de plus de 5 kg ; pas de travail en terrain inégal ni utilisation d'échelles, ni échafaudage.

**c) aa)** Par la suite, le Dr U.\_\_\_\_\_ a procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, à la résection d'un névrome cicatriciel proximal et à la résection d'un ostéophyte du calcanéum postérieur à l'astragale le 8 mai 2023. Il n'a plus pris position sur la capacité de travail du recourant et sur d'éventuelles nouvelles limitations fonctionnelles depuis lors.

**bb)** En raison de l'évolution défavorable, marquée par des douleurs et une impotence fonctionnelle, le médecin-traitant de l'assuré, le Dr D.\_\_\_\_\_, a délégué son patient au Dr Z.\_\_\_\_\_ (rapport du 16 octobre 2023 du Dr D.\_\_\_\_\_). Ce chirurgien a rappelé que le recourant avait été « *jugé apte à la reprise du travail à 100 %* » mais qu'il souffrait de « *très forte douleur et gêne* » et que, s'il parvenait à faire quelque pas avec des

chaussures orthopédiques, il était « *clairement* » extrêmement invalidé par sa cheville (rapport du 27 octobre 2023). Il a ensuite décrit les douleurs présentées par le recourant, à savoir une douleur sous malléolaire latérale, expliquée par le conflit sous malléolaire latéral avec le calcaneum sous-jacent et une douleur plus diffuse à l'effort de la tibio-talienne qui apparaissait à des mobilités en flexion dorsale de 0°, en flexion plantaire de 15°, avec un craquement à la mobilisation de celle-ci et une sensibilité au niveau de l'interligne tibio-talienne (rapport du 29 novembre 2023). Ce faisant, le Dr Z. \_\_\_\_\_ décrit certes une situation certes invalidante, mais il n'apporte aucun nouvel élément permettant de remettre en cause la décision du 21 janvier 2022. En effet, il n'est pas question d'exiger du recourant une activité nécessitant des déplacements, seule une activité sédentaire demeurant exigible. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ n'explique en particulier pas quelles nouvelles ou plus amples limitations fonctionnelles empêcheraient le recourant d'exercer une activité adaptée sédentaire ni en quoi son rendement serait affecté dans une telle activité. Quant à l'intervention chirurgicale préconisée par le Dr Z. \_\_\_\_\_, elle ne fournit aucun indice quant à une modification de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Invité à se déterminer par l'intimé, le Dr Z. \_\_\_\_\_ n'a d'ailleurs envoyé que ses deux rapports des 27 octobre et 29 novembre 2023, sans plus amples informations (courrier électronique de la consultation du Dr Z. \_\_\_\_\_ à l'OAI du 6 mars 2024).

**cc)** Également invité à se prononcer, le Dr D. \_\_\_\_\_ a fait savoir à l'OAI, dans son rapport du 23 mars 2024, qu'il estimait à 50 % la capacité de travail de son patient dans une activité adaptée depuis le mois de janvier 2024 avec une possible reprise à 100 % dans un délai de trois à six mois. Ce médecin ne décrit aucun nouveau diagnostic, datant par ailleurs les diagnostics connus de 2021. S'agissant des limitations fonctionnelles, il a fait savoir que son patient présentait des douleurs et une impossibilité à conserver la station debout prolongée et à travailler à genoux, accroupi ou sur un sol instable. Il s'agit cependant de limitations connues de longue date et au demeurant non contestées par l'intimé. Aucun élément de la prise de position succincte du Dr D. \_\_\_\_\_ ne permet de remettre en doute la capacité de travail entière du recourant dans une

activité adaptée, les limitations fonctionnelles retenues ou encore le rendement de l'assuré dans une activité adaptée.

Contrairement à ce que soutient le recourant, il n'existe aucun élément médical permettant d'envisager de nouvelles limitations fonctionnelles ou toute aggravation de celles reconnues sur le plan médical. S'agissant des douleurs, l'appréciation médicale du SMR est probante et convaincante. En effet, il existe une importante contradiction entre l'allégation d'importantes douleurs invalidantes et le traitement antalgique prescrit par le Dr D. \_\_\_\_\_ (Dafalgan 2 g/j, Celebrex 100 mg/j), lequel n'a pas été adapté par les chirurgiens ayant examiné l'assuré. En effet, un traitement antalgique de palier 1, sans que la dose maximale journalière soit atteinte (avis SMR du 7 mai 2024), n'est pas compatible avec l'allégation de douleur invalidante au point de limiter la capacité de travail dans une activité adaptée sédentaire. Il convient de plus de rappeler que, compte tenu des difficultés en matière de preuve pour établir l'existence de douleurs ou leur intensité, les simples plaintes subjectives de la personne assurée comme en l'espèce ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Les douleurs et leur intensité doivent être confirmées par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement entre assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). Comme rappelé ci-dessus, si ces douleurs peuvent s'expliquer par un conflit sous malléolaires latéral, aucune nouvelle ou plus ample limitation fonctionnelle n'est établie par les médecins consultés. Dès lors que l'allégation de plus amples limitations fonctionnelles n'est fondée que sur les plaintes subjectives en contradiction avec le traitement antalgique mis en œuvre, il y a lieu d'écarter toute éventuelle aggravation de la santé du recourant sur le plan fonctionnel. L'apparition de nouvelles limitations fonctionnelles au pied gauche (rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 21 décembre 2024) n'est guère détaillée et n'est de toute manière pas susceptible de limiter la capacité de travail dans une activité adaptée sédentaire. Même si l'hypothèse de voir sa cheville bloquée, au demeurant non confirmée par les médecins, constitue une difficile perspective pour le

recourant, elle n'est pas susceptible d'influer sur l'exercice d'une activité adaptée sédentaire.

Contrairement à ce que soutient le recourant, il n'existe aucune contradiction dans la décision de l'intimé. Les seules contradictions se trouvent dans les conclusions du Dr D.\_\_\_\_\_ et dans l'absence d'une demande de soins plus importante dans le cadre d'allégation de douleurs et d'impotence fonctionnelle intenses.

**dd)** Quant au Dr T.\_\_\_\_\_, consulté en dernier lieu, ses rapports des 24 mars et 15 mai 2025 n'apportent aucun nouvel élément (diagnostic, clinique, médication), mentionnant toujours des douleurs en station debout et à la marche, lesquelles sont toutefois bien connues et ne remettent pas en cause l'évaluation de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Comme l'observe à juste titre le SMR (avis du 7 août 2025), l'intervention préconisée par le Dr T.\_\_\_\_\_ n'entraînera qu'une incapacité de travail transitoire. A cet égard, peu importe que l'intimé a rendu sa décision alors que la situation médicale du recourant n'était pas stabilisée. En effet, la notion de stabilisation de l'état de santé, si elle est déterminante en assurance-accidents (art. 19 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]), ne l'est pas en ce qui concerne l'assurance-invalidité. De plus, étant donné qu'elle a justement pour but d'améliorer l'état de santé du recourant, l'intervention n'est à l'évidence pas propre à engendrer de nouvelles limitations fonctionnelles ou une baisse de son rendement. Sur le plan fonctionnel, le Dr T.\_\_\_\_\_ fait état d'une évolution stationnaire qui ne concorde pas avec l'allégation d'une importante aggravation. Ce spécialiste indique que, malgré l'indication opératoire, la force est conservée avec une dorsiflexion quasi intacte et une flexion un peu limitée. La prise de position de ce médecin, plutôt rassurante, n'est ainsi pas propre à remettre en cause la décision attaquée.

**ee)** S'agissant de l'impact psychique de la situation orthopédique, évoqué par le recourant aux intervenants socio-professionnels (courriel du 8 février 2024 de A.\_\_\_\_\_ à l'OAI), il n'est pas

établi. Il existe certes un questionnement du Dr U. \_\_\_\_\_ au sujet de la motivation du recourant (rapport du 2 septembre 2021). Il s'agit cependant d'un évident facteur extra-médical. Ni le Dr D. \_\_\_\_\_, ni les chirurgiens consultés n'ont jamais mentionné de soins ou même de demande de soins sur le plan psychique. Au demeurant, dans le cadre de l'évaluation des répercussions de troubles psychiques sur la capacité de travail, l'absence de soins comme en l'espèce constituerait un indice important en faveur d'un trouble non invalidant (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

**ff)** Le recourant ne saurait s'appuyer sur les observations professionnelles pour en déduire que l'instruction est incomplète ou qu'elle permettrait de nier une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Sur le plan socio-professionnel, A. \_\_\_\_\_ a relevé, dans son courriel du 8 février 2024 à l'OAI, que l'assuré lui avait fait part d'importantes limitations fonctionnelles touchant notamment le périmètre de marche et qu'il envisageait de suivre une psychothérapie, ce qui n'a toutefois pas été le cas. Tout en restant prudent, l'intervenant de A. \_\_\_\_\_ n'exclut toutefois pas de reprendre le placement, si bien qu'il n'est de loin pas évident que l'intéressé ne puisse pas reprendre une activité adaptée sédentaire. La situation socio-professionnelle n'est ainsi pas propre à soulever de doute sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Contrairement à ce que soutient le recourant, les observations professionnelles n'apportent aucun élément permettant de mettre en doute les conclusions médicales dûment motivées auxquelles est parvenu l'intimé qui doivent primer en l'espèce (TF 9C\_87/2022 du 8 juillet 2022 consid. 6.2.1 et les arrêts cités)

**gg)** Les pièces médicales au dossier ne fournissent aucun nouvel élément clinique ou médico-descriptif objectif qui plaiderait en faveur d'une nouvelle limitation fonctionnelle objective ou d'une baisse de rendement dans une activité adaptée. Aussi, la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée n'a pas évolué depuis la dernière décision entrée en force. L'appréciation des preuves réalisées par l'intimé repose sur les avis des chirurgiens figurant au dossier, si bien qu'il y a lieu

de s'y rallier. L'instruction est également complète dans la mesure où tous les médecins consultés par le recourant ont été sollicités par l'intimé et qu'il ne persiste aucun doute sur l'état de santé de l'intéressé. Il n'y a ainsi pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant, à savoir la mise en œuvre d'une expertise. En effet, cette mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents sur le plan médical ayant pu être constatés à satisfaction de droit dans le cadre de l'instruction menée par l'intimé et ayant pu être librement appréciés par la Cour des assurances sociales (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; ATF 141 I 60 consid. 3.3).

**d)** Enfin, on constate que, même en appliquant la réduction de 10 % sur le revenu avec invalidité, dès lors que ce dernier est fixé sur la base des données salariales de l'OFS comme en l'espèce (art. 26<sup>bis</sup> al. 1 à 3 RAI), le degré d'invalidité présenté par le recourant n'atteint pas les seuils de 20 % ouvrant le droit aux mesures professionnelles (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; cf. art. 17 al. 1 LAI) et de 40 % ouvrant le droit à la rente (art. 28 al. 1 let. b LAI). Il en résulte que l'intimé n'a pas violé le droit fédéral en niant le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles.

**6. a)** En conclusion, 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés à la partie recourante qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, puisque la partie recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 30 octobre 2024.

**c)** En outre, n'obtenant pas gain de cause, la partie recourante ne saurait prétendre des dépens (art 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

**d)** La partie recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me X.\_\_\_\_\_, à compter du 30 octobre 2024 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1, let. c, CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

S'agissant du montant de l'indemnité due au conseil d'office, elle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). En l'espèce, selon la liste des opérations communiquée le 13 janvier 2026, Me X.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'ensemble des opérations a été effectuées par (...).

C'est ici le lieu de relever qu'entre l'avocat d'office auquel il est donné un mandat d'assistance judiciaire, d'une part, et la collectivité publique qui lui confie ce mandat, d'autre part, il existe un rapport juridique soumis au droit public, lequel régit notamment l'obligation d'accepter le mandat, les motifs de libération du mandat ainsi que la rétribution due pour l'activité exercée (ATF 143 III 10 consid. 3.1 et les références citées). Si l'avocat inscrit au tableau cantonal peut certes déléguer à l'avocat-stagiaire les tâches impliquant la rédaction de mémoire et d'actes de procédure, ainsi que la représentation des parties en justice pour autant qu'il en assume la supervision, la direction et la responsabilité (art. 28 ss LPav [loi vaudoise du 9 juin 2015 sur la profession d'avocats ; BLV 177.11]), n'est en revanche pas arbitraire la décision du juge de réduire la note d'honoraires présentée par un mandataire désigné d'office pour la procédure cantonale de la part d'honoraires correspondant à l'activité déployée par un collègue de la même étude d'avocats au bénéfice d'un pouvoir de substitution en vertu d'une convention interne à l'étude alors qu'aucune autorisation judiciaire pour cette substitution n'avait été demandée et obtenue (ATF 141 I 70

consid. 6). Dans le cas particulier, (...) n'ont pas été autorisés à procéder au titre de l'assistance judiciaire - respectivement, à se substituer à Me X. \_\_\_\_\_ - dans le cadre de la présente affaire. Partant, l'activité qu'ils ont déployée ne devrait pas être indemnisée conformément à la jurisprudence précitée. Il convient exceptionnellement de la prendre en considération. Il est en conséquence signifié qu'en l'absence d'autorisation judiciaire préalable, les opérations déléguées par le conseil d'office à un autre avocat titulaire d'un brevet (...) ne seront plus indemnisées, sous réserve de circonstances particulières (cf. CASSO du 12 juin 2023 AI 290/22-165/2023 consid. 10c). Pour le surplus et après examen de la liste des opérations déposée le 13 janvier 2026, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il apparaît que ces opérations sont justifiées. Il convient de fixer le montant de l'indemnité à 3'765 fr. (20h55 x 180 fr.), montant auquel s'ajoutent des débours par 188 fr. 25 (3'765 fr. x 5 % ; art. 3<sup>bis</sup> RAJ) et la TVA par 320 fr. 20 (3'953 fr. 25 x 8.1 %). L'indemnité de Me X. \_\_\_\_\_ est ainsi arrêtée 4'273 fr. 45, débours et TVA compris.

**e)** La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité de son conseil d'office provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**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 27 septembre 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me X.\_\_\_\_\_, conseil du recourant, est arrêtée à 4'273 fr. 45 (quatre mille deux cent septante-trois francs et quarante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité de son conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me X.\_\_\_\_\_ (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne)  
dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :