

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 juin 2026

Composition : M. WIEDLER, président
Mme Durussel, juge, et Mme Manasseh-Zumbrunnen,
assesseure
Greffière : Mme Cuérel

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à Q***, recourant, représenté par Me Lorenz Fivian, avocat à
Morat,

et

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

Art. 6, 16 et 17 al. 1 LPGA ; 87 al. 2 et 3 RAI

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né au T*** en ***, sans formation professionnelle, alors manœuvre en bâtiment auprès de la société D._____ Sàrl, a été victime d'un accident de la circulation routière le 23 janvier 2012, lors duquel il a été blessé au genou droit et aux cervicales. Les suites de cet accident ont été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), auprès de laquelle il était assuré obligatoirement contre les risques professionnels et non professionnels.

Les examens médicaux réalisés au niveau des cervicales n'ont mis en évidence aucune lésion osseuse traumatique ou discopathie et les douleurs ont disparu deux mois après l'accident.

En ce qui concerne son genou droit, l'assuré a consulté le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a mis en place un traitement conservateur. Une IRM réalisée le 16 avril 2012 a mis en évidence une plica traumatique, une fracture non déplacée du plateau tibial postéro-latéral et une déchirure oblique horizontale du ménisque médial. La nouvelle IRM réalisée le 6 juillet 2012 a montré que la fracture du plateau tibial était consolidée. Les douleurs ayant persisté, le Dr F._____ a procédé à une arthroscopie diagnostique le 13 juillet 2012, au cours de laquelle une résection de la plica a été réalisée. Aucune déchirure méniscale n'a été constatée lors de cette intervention. Son patient était en incapacité totale d'exercer des professions physiquement exigeantes.

L'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office AI du canton de Fribourg le 11 septembre 2012, indiquant qu'il souffrait d'atteintes au genou droit et à la colonne cervicale.

Dans un rapport du 8 novembre 2012, le Dr F._____ a indiqué que les options chirurgicales lui semblaient épuisées. Il n'était pas en mesure d'identifier la cause de la persistance de la symptomatologie

douloureuse. Il a estimé que son patient était en incapacité totale d'exercer des professions physiquement exigeantes.

L'assuré a subi un second accident le 13 juin 2013, lors duquel il a chuté dans les escaliers et s'est blessé au pied gauche. Les radiographies réalisées au Service des urgences de l'Hôpital fribourgeois ont mis en évidence un arrachement osseux du col du calcaneum. A l'examen clinique, les médecins urgentistes ont également constaté une lésion du Chopart. Les suites de ce second accident ont été prises en charge par la CNA.

Un rapport du médecin d'arrondissement de la CNA du 2 juin 2014 a été versé au dossier de l'Office AI du canton de Fribourg. Il en résulte que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle, mais demeurait entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : alternance des positions assise et debout, port de charge de maximum 20 kg de manière non répétitive, pas de montée et descente d'escaliers de manière répétitive, limitation de l'utilisation d'échelles et d'échafaudages et limitation des déplacements en terrain inégal, pentu, en montée ou en descente.

Dans un rapport du 16 juin 2014, le Service médical régional de l'Office AI du canton de Fribourg s'est référé à l'avis du médecin d'arrondissement de la CNA et a estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle de manœuvre de chantier. Une entière capacité de travail était en revanche exigible depuis le mois de mars 2013 dans une activité adaptée. Il s'est rallié à l'avis du médecin d'arrondissement en ce qui concernait les limitations fonctionnelles à respecter.

Par décision du 8 juin 2015 confirmant un projet du 16 février 2015, l'Office AI du canton de Fribourg a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Il a retenu que l'activité habituelle n'était plus exigible, mais qu'une activité adaptée pouvait être exercée à 100 % depuis le 1^{er} mars 2013, telle que celle d'ouvrier dans la production industrielle. Le degré

d'invalidité obtenu en comparant les revenus avec et sans invalidité était de 8,4 %, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente, ni à des mesures professionnelles.

B. L'assuré a déposé une seconde demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 29 août 2023, en raison d'une péjoration des atteintes dont il souffrait au genou droit et au pied gauche. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a requis et obtenu l'intégralité du dossier constitué par la CNA à la suite des accidents des mois de janvier 2012 et juin 2013, complétée par des documents médicaux produits directement auprès de lui, ainsi que par des avis de son Service médical régional (ci-après : SMR).

Dans un rapport du 15 décembre 2016, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué, au niveau de la cheville gauche de l'assuré, une rupture partielle longitudinale, une tendinite et une tendovaginite du tendon du muscle péronier court. Il a convenu avec son patient de mettre en place une kinésithérapie comprenant des mesures anti-inflammatoires ainsi qu'un renforcement musculaire et un entraînement proprioceptif. En cas de persistance des symptômes, il a évoqué une piste chirurgicale.

Une expertise orthopédique a été mise en œuvre par la CNA auprès de la J._____, à X***. Dans leur rapport du 24 juin 2019, la Dre H._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, et le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont estimé que l'expertisé était inapte à exercer son activité habituelle. Il pouvait en revanche exercer une activité adaptée à 100 %, moyennant le respect des limitations suivantes : alternance des positions assise et debout, pas de port de charges, pas de marche sur sol irrégulier, ni de montée d'échelles ou de travaux sur terrain pentu.

Estimant que cette expertise ne remplissait pas les réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, la CNA a sollicité deux nouveaux experts. Dans son rapport du 11 juin 2020, le Dr I._____,

spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a confirmé le diagnostic de rupture du processus antérieur du calcanéum du pied gauche et a constaté des modifications dégénératives post-traumatiques naissantes à la suite de cette fracture. En raison de cette atteinte, la capacité de travail de l'expertisé était de 50 % dans son activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée, c'est-à-dire ne nécessitant pas d'effort physique. Dans un rapport d'expertise du même jour, la Dre L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu, concernant le genou droit de l'expertisé, un névrome douloureux au niveau du port d'arthroscopie latéral, une déviation fonctionnelle et une subluxation de la rotule, avec un léger valgus de l'axe de la jambe droite, provoquant la douleur du névrome. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. L'assuré pouvait en revanche exercer une activité sédentaire, avec marche occasionnelle, sans port de charges lourdes (> 5kg). Elle recommandait plusieurs étapes thérapeutiques pour traiter la douleur : des infiltrations locales, du taping, des étirements et décharges, des étirements et traitements des fascias, associés à de l'acupuncture, de la physiothérapie et de la kinésithérapie. Elle voyait de bonnes chances d'améliorer sensiblement les troubles, sans qu'elle ne puisse dire si cela suffirait pour que l'intéressé puisse réexercer une profession physiquement exigeante.

L'assuré a consulté le Dr I._____ concernant la symptomatologie douloureuse de son pied gauche. Après avoir privilégié dans un premier temps une approche conservatrice, ce spécialiste a procédé à une triple arthrodèse le 7 octobre 2022.

L'évolution post-opératoire s'étant révélée seulement partiellement favorable, l'assuré a séjourné auprès de la M._____ (ci-après : [...]) du 7 mars au 4 avril 2023. Dans leur rapport du 13 avril 2023, les médecins de la M._____ ont notamment indiqué que les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées. La consolidation post-triple arthrodèse était en cours. Il n'existait aucun élément objectif qui pouvait empêcher une évolution favorable. Ils ont proposé de poursuivre le travail des amplitudes

articulaires, de la force et de la proprioception au niveau du membre inférieur gauche. En ce qui concernait le genou droit, il s'agissait probablement de douleurs fonctionnelles sans problème structurel mais probablement sur une dysbalance musculaire, que ce soit au niveau de la force ou de l'élasticité. Les médecins de la M._____ n'ont pas proposé d'autre prise en charge spécifique. Des facteurs contextuels jouaient très probablement un rôle dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par le patient et influençaient défavorablement le retour au travail (kinésiophobie modérée, catastrophisme élevé, refus de remplir un questionnaire pour le dépistage d'un éventuel trouble anxio-dépressif, niveau de handicap perçu étant inférieur à un niveau sédentaire). Pendant le séjour, le traitement antalgique était constitué de Paracétamol pris ponctuellement. Certains tests déjà médiocres à l'entrée s'étaient péjorés à la sortie, sans explication à cela. La participation aux thérapies a été considérée comme faible. Des incohérences ont été observées : patient surpris pendant le séjour à parler dans un français plus que correct alors qu'il affirmait à l'entrée ne pas comprendre cette langue, tests fonctionnels du côté sain péjorés à la sortie, plaintes diverses et fluctuantes selon les jours et pas toujours cohérentes entre elles. En ce qui concernait les ateliers professionnels, les résultats observés traduisaient uniquement le niveau d'effort auquel l'assuré avait bien voulu consentir, celui-ci ayant été centré sur ses douleurs et auto-limitant. Les médecins de la M._____ ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche prolongée ni en terrain irrégulier, pas d'utilisation fréquente d'escaliers ni d'échelles, pas de travail en position accroupie et pas de port de charge supérieure à 10 kg. La poursuite de la physiothérapie pouvait permettre de continuer la rééducation à la marche et le sevrage des cannes anglaises. La situation n'était pas stabilisée tant sur le plan médical que des limitations fonctionnelles : à six mois postopératoires d'une triple arthrodèse de l'arrière-pied, un potentiel théorique de récupération demeurait. La stabilisation était attendue dans un délai de trois mois.

Par rapport du 15 octobre 2023, la Dre N._____, spécialiste en médecine interne générale, a renvoyé l'OAI aux spécialistes ayant suivi son

patient pour toute question en lien avec le genou droit et le pied gauche de celui-ci.

Dans un rapport du 24 octobre 2023, les Dr P._____, spécialiste en médecine nucléaire et radiologie et BB._____, médecin assistant, ont comparé le SPECT/CT du pied gauche de l'assuré du 6 juin 2023 à celui nouvellement réalisé. Ils ont observé une mobilité résiduelle au niveau de l'articulation talo-calcaneenne avec une augmentation toujours marquée du métabolisme osseux et une légère augmentation de la consolidation post-triple arthrodèse. Il n'y avait aucun signe de descellement du matériel posé lors de cette dernière chirurgie, ni de dégénérescence secondaire.

Dans un rapport du 11 janvier 2024, le Dr BC._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué une lésion chondrogène au niveau du fémur proximal droit, probablement un enchondrome, avec une douleur postérieure à la hanche liée à l'effort. Au niveau du genou droit de son patient, il a rappelé l'antécédent de fracture du plateau tibial à la suite de l'accident de 2012 et l'état post-arthroscopie qui s'en est suivi. Au niveau du pied gauche, il a rappelé la fracture du calcaneum à la suite de l'accident de juin 2013 et l'état post-triple arthrodèse. Les douleurs au genou et au pied persistaient. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assuré.

A la suite d'une consultation du 28 février 2024, le Dr I._____ a indiqué que la situation de son patient n'avait guère évolué, celui-ci se plaignant toujours de douleurs à l'effort dès les premiers cent mètres de marche. L'examen clinique était largement analogue à celui de novembre 2023. L'examen du SPECT-CT du 24 octobre 2023 montrait une pseudarthrose. Les chances d'une consolidation supplémentaire étaient minimes, de sorte que, compte tenu de la souffrance de son patient, il estimait qu'une nouvelle arthrodèse sous-astragaliennne était indiquée. Il a attesté d'une incapacité complète de travail dans l'activité habituelle depuis

le 26 mai 2022. Une capacité de travail de 100 % était envisageable dans une activité adaptée et physiquement peu exigeante.

Par avis du 11 novembre 2024, le SMR a constaté qu'en ce qui concernait le genou droit de l'assuré, la situation clinique objective et les limitations fonctionnelles restaient quasiment inchangées depuis l'examen final du médecin d'arrondissement de la CNA du 2 juin 2014. En lien avec les atteintes au pied gauche et à la hanche droite, le SMR a constaté que l'entière incapacité de travail dans l'activité habituelle persistait. Il n'avait pour le reste aucun motif de s'écarter de l'avis du Dr I. _____, orthopédiste traitant, qui avait retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, c'est-à-dire physiquement légère, dans un rapport de février 2024. Le SMR a uniquement retenu une aggravation temporaire de cette capacité résiduelle de travail en raison de la triple arthrodèse subie le 7 octobre 2022, dès cette date jusqu'au 7 janvier 2023. Pour le reste, une activité adaptée demeurait exigible à 100 %, sans baisse de rendement, moyennant le respect des limitations suivantes : alternance des positions assise et debout, pas de port de charge supérieure à 5 kg, pas de port répétitif de charge, pas de position de contrainte particulière, pas de montée ni descente répétitives d'escaliers, pas de travail en hauteur, sur des échelles ou des échafaudages, pas de marche en terrain inégal, accidenté ou en pente, pas de position à genou et nécessité d'une activité sédentaire avec marche occasionnelle. La chirurgie du 7 octobre 2022 avait seulement aggravé temporairement cette capacité résiduelle de travail.

Dans un document daté du 21 novembre 2024 figure le calcul du degré d'invalidité de l'assuré. L'OAI a retenu que celui-ci pouvait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple dans le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, en qualité d'ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères ou dans le conditionnement, ou encore comme opérateur sur des machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autres). Une réduction de 10 % devait être opérée sur le revenu d'invalidité pour tenir compte des limitations fonctionnelles qui pouvaient engendrer un désavantage salarial. En ce qui concernait d'autres

facteurs de réduction, tels que l'âge, les années de service, la nationalité et le permis de séjour, l'OAI a relevé que s'il en tenait compte dans le revenu d'invalidé, il devrait également opérer une réduction au même titre sur le revenu de valide, avec comme effet un préjudice nul. Se fondant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), il a fixé le revenu de valide à 73'664 fr. 15 (ESS 2022, homme, secteur construction 41-43, niveau de compétence 1, 41.2 heures par semaine, indexation pour l'année 2024). Le revenu d'invalidé était de 61'042 fr. 08 (ESS 2022, homme, secteur total 1-96, niveau de compétence 1, 41,7 heures par semaine, indexation pour l'année 2024, baisse de rendement de 10 %). L'assuré subissait ainsi un préjudice économique de 17,13 %.

Par projet de décision du 9 janvier 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'il comptait lui dénier le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Se ralliant à l'avis de son service médical, il a estimé que depuis la dernière décision de refus de prester, seule une aggravation temporaire de l'état de santé pouvait être admise, du 7 octobre 2022 au 7 janvier 2023. Dès le 8 janvier 2023, l'intéressé avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations suivantes : alternance des positions assise et debout, pas de port de charge supérieure à 5 kg, pas de port répétitif de charge, pas de position de contrainte particulière, pas de montée ni descente répétitives d'escaliers, pas de travail en hauteur, sur des échelles ou des échafaudages, pas de marche en terrain inégal, accidenté ou en pente, pas de position agenouillée et nécessité d'une activité sédentaire avec marche seulement occasionnelle.

Par courrier de son conseil du 17 février 2025, l'assuré a contesté ce projet de décision. Il a produit les trois pièces suivantes :

- un rapport du Dr I._____ du 10 mars 2023 à la CNA, rapportant les plaintes de son patient concernant son séjour à la M._____, lequel devait parcourir de très longues distances entre la salle de soins et la salle d'attente, avec une intensification des douleurs en fin de journée et un gonflement du pied en augmentation. Il a préconisé le port d'un bandage ou de bas de contention, afin de prévenir le gonflement, ainsi que

l'adaptation des activités de la vie quotidienne et celles pratiquées pendant les thérapies ;

- un rapport du Dr I._____ du 28 mars 2023, constatant qu'à cinq mois post-triple arthrodèse, les articulations semblaient bien consolidées. Les symptômes de charge au niveau du cou-de-pied correspondaient peut-être à un problème de connexion des articulations naviculo-cunéiformes. Compte tenu de la question de l'activité métabolique focale résultant du dernier SPECT-CT réalisé, il prévoyait de réaliser un nouvel examen ultérieurement ;

- un rapport du Dr I._____ du 26 juin 2023, expliquant que les symptômes résiduels décrits par son patient (douleurs à l'effort dans la région inframalléolaire latérale) correspondaient à une consolidation encore incomplète au niveau de la fracture postérieure de l'articulation sous-astragaliennne. Les chances d'une consolidation étaient certes réduites à huit mois post-chirurgie, mais il s'agissait d'attendre avant d'envisager une nouvelle intervention.

Par avis médical du 25 février 2025, le SMR a estimé que ces rapports médicaux ne faisaient état d'aucun élément clinique ou médico-descriptif objectif, ni d'aucune limitation fonctionnelle objective, qui n'auraient pas déjà été pris en compte dans son rapport du 11 novembre 2024.

Par décision du même jour, l'OAI a confirmé son projet et persisté dans son refus de prester en faveur de l'assuré.

Par courrier du 3 mars 2025, l'assuré, sous la plume de son conseil, a transmis à l'OAI un rapport médical du Dr BF._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 20 février 2025, concernant la masse au niveau de son fémur proximal droit. Selon ce médecin, l'IRM nouvellement réalisée montrait une situation essentiellement inchangée en comparaison de celle effectuée en janvier 2024. Le patient ayant rapporté une augmentation des douleurs au niveau du fessier droit au cours des douze mois précédents, il a indiqué que la situation serait présentée auprès du comité interdisciplinaire des sarcomes

de l'Hôpital universitaire de Berne, afin de discuter d'une éventuelle biopsie de la masse.

Dans un avis du 13 mars 2025, le SMR a indiqué que la masse androgène au fémur à droite était déjà connue lors de son dernier rapport, de même que les douleurs résiduelles au genou droit et la pseudarthrose au pied gauche. La nouvelle IRM réalisée montrait une situation inchangée de la masse tumorale depuis 2024, laquelle demeurait bénigne.

Le 14 mars 2025, l'OAI a informé le conseil de l'assuré que les éléments médicaux nouvellement produits n'étaient pas susceptibles de mettre en doute le bien-fondé de sa décision.

C. Par acte du 2 avril 2025, B._____, sous la plume de son conseil, a recouru contre la décision de l'OAI du 25 février 2025 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de celle-ci et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, notamment sous la forme d'une expertise et d'un test d'aptitude au travail, puis nouvelle décision, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Il reproche à l'OAI de s'être prononcé prématurément sur son droit aux prestations, dès lors que son état de santé ne serait pas stabilisé, en particulier en ce qui concerne sa hanche droite. Selon lui, les empêchements liés à l'ensemble de ses atteintes à la santé seraient en outre tels qu'il ne pourrait pas utiliser sa capacité de travail résiduelle théorique sur le plan économique. Il fait également valoir que l'intimé aurait dû tenir compte du fait qu'il a été inactif professionnellement pendant plus de dix ans. Un lot de pièces sous bordereau était produit à l'appui de son écriture.

Dans sa réponse du 25 avril 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours, se référant aux avis successifs de son service médical.

Par prononcé du 28 mai 2025, le juge instructeur a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 2 avril 2025 et désigné Me Lorenz Fivian en qualité de conseil d'office.

En droit :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; 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, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

3. 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 1^{er} 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 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de

rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

Le recourant ayant déposé une seconde demande de prestations le 29 août 2023, il s'ensuit que le nouveau droit est applicable à sa situation.

4. 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 LPGA).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

5. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2022), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b).

b) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour

l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

6. a) 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).

b) 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 ; 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

7. a) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande du 29 août 2023, après un premier refus de prester de l'Office AI du canton de Fribourg prononcé en 2015. Il convient par conséquent d'examiner si, entre la décision de refus de rente du 8 juin 2015 et la décision litigieuse du 25 février 2025, un changement important de circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, s'est produit.

b) La première demande a été déposée en raison d'atteintes au genou droit et à la cheville gauche, consécutives à deux accidents des mois de janvier 2012 et juin 2013. Le recourant a souffert d'une plica traumatique et d'une fracture non déplacée du plateau tibial au niveau du genou droit, ainsi que d'un arrachement osseux du calcaneum et d'une lésion du Chopart au pied gauche. Se fondant sur l'avis de son service médical, lequel s'était rallié à celui du médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, l'OAI du canton de Fribourg a considéré que les atteintes susmentionnées empêchaient l'intéressé d'exercer son activité habituelle de manœuvre de chantier, mais qu'une pleine capacité de travail était exigible dans une activité adaptée, sans baisse de rendement, moyennant le respect des limitations fonctionnelles suivantes : alternance des positions assise et debout, port de charge de maximum 20 kg de manière non répétitive, pas de montée et descente d'escaliers de manière répétitive, limitation de l'utilisation d'échelles et d'échafaudages et limitation des déplacements en terrain inégal, pentu, en montée ou en descente. La comparaison des

revenus sans et avec invalidité, tous deux fondés sur l'ESS, a conduit l'Office AI du canton de Fribourg à fixer le degré d'invalidité à 8,4 %, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente, pas plus qu'à des mesures professionnelles.

c) aa) La seconde demande de prestations a été déposée au motif que le recourant aurait subi une aggravation des atteintes à son genou droit et sa cheville gauche. Il se prévaut aussi d'une nouvelle atteinte à la hanche droite.

bb) En ce qui concerne le genou droit, la situation a évolué avec l'apparition d'un névrome douloureux au niveau du port d'arthroscopie latérale, une déviation fonctionnelle et une subluxation de la rotule, avec un léger valgus de l'axe de la jambe droite (cf. expertise de la Dre L. _____ du 11 juin 2020).

S'agissant de la cheville gauche, le Dr G. _____ a diagnostiqué, en 2016, une rupture partielle longitudinale, une tendinite et une tendovaginite du tendon du muscle péronier court. Puis, en 2020, le recourant présentait des modifications dégénératives post-traumatiques naissantes (cf. expertise du Dr I. _____ du 11 juin 2020). Il a en outre subi une triple arthrodèse le 7 octobre 2022.

En janvier 2024, une lésion chondrogène a été diagnostiquée au niveau du fémur proximal droit, probablement un enchondrome (cf. rapport du Dr BC. _____ du 11 janvier 2024).

cc) La triple arthrodèse réalisée en octobre 2022 a aggravé temporairement l'état de santé du recourant, lequel s'est retrouvé en incapacité totale d'exercer quelque activité que ce soit, le temps de sa convalescence. Le SMR, suivi par l'OAI, a retenu que cette incapacité avait pris fin à trois mois post-opératoires, c'est-à-dire le 7 janvier 2023. Les médecins de la M. _____ ont quant-à-eux estimé qu'à l'issue du séjour de l'intéressé le 4 avril 2023, la situation n'était pas encore stabilisée, mais pouvait être attendue dans un délai de trois mois. Que l'on retienne l'une ou l'autre hypothèse, il n'en demeure pas moins que la capacité résiduelle

de travail du recourant n'a pas été amoindrie durablement en raison de cette chirurgie.

Pour le reste, les altérations constatées au genou droit et au pied gauche ont entraîné les limitations fonctionnelles suivantes : alternance des positions assise et debout, pas d'effort physique, marche seulement occasionnelle, pas de port de charges supérieures à 5 kg, pas de port de charge répétitif, pas de travail en hauteur, sans position de contrainte particulière, pas de marche en terrain irrégulier, accidenté ou en pente, pas d'utilisation d'escaliers de manière répétitive, ni d'échelles ou d'échafaudages et pas de position accroupie ou agenouillée (cf. rapport d'expertise du Dr I. _____ du 11 juin 2020 ; rapport d'expertise de la Dre L. _____ du 11 juin 2020 ; rapport de sortie de la M. _____ du 13 avril 2023 ; rapport du Dr I. _____ du 28 février 2024 ; rapport du SMR du 11 novembre 2024).

En ce qui concerne l'atteinte à la hanche droite, aucun rapport médical au dossier ne fait état de limitations fonctionnelles y relative. Ni le Dr BC. _____, ni le Dr BF. _____ ne se sont prononcés sur cette question. Aucun empêchement supplémentaire ne peut dès lors être retenu. Quant à la question de savoir si l'intimé s'est prononcé de manière prématurée, on soulignera que le Dr BF. _____ a constaté, dans son rapport du 20 février 2025, que la situation était essentiellement inchangée en comparaison avec l'IRM réalisée en janvier 2024. Il a certes ajouté que la situation serait présentée auprès d'un comité interdisciplinaire, compte tenu de la symptomatologie douloureuse décrite par le recourant. Il sied toutefois de rappeler à cet égard que les médecins de la M. _____ avaient constaté, en 2023, plusieurs incohérences en ce qui concernaient les douleurs rapportées par leur patient. Elles n'étaient pas toujours cohérentes entre elles, ne correspondaient pas forcément aux constats cliniques et radiologiques et certains tests avaient été moins bons à la sortie qu'à l'entrée, du côté sain, sans que cela ne s'explique objectivement. Dans ces conditions, la simple allégation subjective du recourant en lien avec les douleurs ressenties à la hanche est largement insuffisante pour admettre que la situation méritait que l'intimé poursuive l'instruction.

Au vu de ce qui précède, il a y lieu de retenir, avec l'intimé, que le recourant, malgré l'évolution de son état de santé, a conservé une entière capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles susmentionnées.

8. a) En lien avec le calcul de son degré d'invalidité, le recourant fait valoir que ses empêchements seraient si importants qu'ils rendraient l'obtention d'un emploi correspondant illusoire. Il critique également l'abattement de 10 % opéré par l'intimé sur le revenu d'invalidité retenu.

b) L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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.

Le moment déterminant pour établir les revenus avec et sans invalidité est celui de la naissance du droit éventuel à une rente d'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 ; TF 9C_766/2023 du 13 février 2024 consid. 5.1).

c) La notion de marché du travail équilibré (art. 16 LPGA) est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b ; TF 8C_627/2023 du 3 juillet 2024 consid. 7.2 et la référence citée).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de gain sur le

marché du travail entrant en considération pour lui (art. 7 al. 1 et 16 LPGa), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ; cet examen s'effectue de façon d'autant plus approfondie que le profil d'exigibilité est défini de manière restrictive. 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. 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 (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 8C_627/2023 précité consid. 7.2 et la référence citée).

d) aa) Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGa et 28a al. 1 LAI), ce qu'il a fait aux art. 25ss RAI.

bb) Selon l'art. 26 al. 4 RAI, si le revenu effectivement réalisé ne peut pas être déterminé ou ne peut pas l'être avec suffisamment de précision, le revenu sans invalidité est déterminé sur la base des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI, c'est-à-dire en principe sur la base l'ESS, pour une personne ayant la même formation et une situation professionnelle correspondante.

cc) D'après l'art. 26bis al. 1 et 2 RAI, on procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité si, après la survenance de l'invalidité, l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant ou réalise un revenu mais qu'il n'exploite pas autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui. Pour une personne ne disposant d'aucune formation

professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder, pour fixer son revenu d'invalidé, sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2).

Selon l'art. 26bis al. 3 RAI, édicté sur la base de l'art. 28a al. 1 LAI et entré en vigueur le 1^{er} janvier 2024, une déduction de 10 % est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1bis RAI de 50 % ou moins, une déduction de 20 % est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible.

e) aa) En l'occurrence, l'intimé a, à juste titre, fixé le revenu sans invalidité en se fondant sur l'ESS, dans la mesure où le recourant n'a repris aucune activité lucrative depuis l'accident du mois de janvier 2012, ce que l'intéressé ne conteste au demeurant pas. Il s'ensuit que le montant de 73'664 fr. 15 peut être confirmé (ESS 2022, secteur construction 41-43, homme, niveau de compétence 1, 41.2 heures par semaine, indexation pour l'année 2024).

bb) S'agissant du revenu d'invalidé, l'intimé l'a fixé à 61'042 fr. 08 (ESS 2022, secteur total 1-96, homme, niveau de compétence 1, 41.7 heures par semaine, indexation pour l'année 2024, abattement de 10 %).

Contrairement à ce que prétend le recourant, ses limitations fonctionnelles ne présentent pas de spécificités telles qu'il serait irréaliste pour lui d'obtenir un emploi correspondant sur un marché du travail équilibré. Il s'agit essentiellement de mesures d'épargne des membres inférieurs. Or le marché du travail offre un large éventail d'activité légères (cf. notamment les exemples cités dans le calcul de rente de l'OAI du 21 novembre 2024), dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées à sa situation.

L'intéressé critique également l'abattement de 10 % opéré par l'intimé. Pourtant, conformément à l'art. 26bis al. 3 RAI (cf. *supra* consid. 8.d.cc), entré en vigueur au 1^{er} janvier 2024 et applicable en l'espèce (cf. *supra* consid. 4.c et 8.b), aucune déduction supplémentaire n'est possible.

Il s'ensuit que le revenu d'invalidé retenu par l'intimé ne prête pas le flanc à la critique.

f) Au vu de ce qui précède, le degré d'invalidité de 17,13 % peut être confirmé ($[73'664 \text{ fr. } 15 - \{67'824 \text{ fr. } 53 - (67'824 \text{ fr. } 53 \times 10\%)\} / 73'664 \text{ fr. } 15] \times 100$), de sorte que l'intimé était fondé à refuser de prêter.

9. Les pièces au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause, sans qu'il n'apparaisse nécessaire de recourir à une expertise judiciaire, comme le requiert le recourant. Il se justifie dès lors de renoncer à une telle mesure d'instruction, par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

10. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Lorenz Fivian peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 22 décembre 2025, lesquelles paraissent justifiées,

compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'945 fr. 70, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 4bis RAJ [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; BLV 211.02.3]), ce qui correspond à la somme réclamée.

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité de son conseil provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable 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 (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

**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 25 février 2025 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 Lorenz Fivian, conseil d'office du recourant, est arrêtée à 2'945 fr. 70 (deux mille neuf cent quarante-cinq francs et septante 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 et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Lorenz Fivian (pour B. _____),
- 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 :