

VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 815 vom 6. November 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-11-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2017__815

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 815 du 6 novembre 2017

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 815 del 6 novembre 2017

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE} | 28 al. 1 LAI, 17 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA, 88a al. 1 RAI

Erwägungen

E. 1

LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA). b) Selon l'art. 93 let. a LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD), est compétente pour statuer. En l'espèce, le recours a été formé en temps utile devant le tribunal compétent et dans le respect des conditions de formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et 125 V 413 consid. 2c et les références ; TF 8C_245/2010 du 9 février 2011, consid. 2). b) Le recourant ne conteste pas la décision litigieuse en ce qu'elle concerne le droit à une rente entière du 1^{er} août 2012 jusqu'au 31 janvier 2013. Il n'y a pas lieu d'examiner plus avant cet aspect de la décision entreprise, qui ne prête pas flanc à la critique. On relèvera à cet égard que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI). S'il veut préserver tous ses droits, l'assuré doit ainsi déposer une demande à l'AI au tard six mois après la survenance de son incapacité de gain. S'il le fait plus tard, il perd son droit pour chaque mois de retard (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Schulthess 2011, p. 538 n o 2190). Dans le cas d'espèce, l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% dès le jour de son accident, soit le 21 février 2011. Dès lors qu'il n'a déposé sa demande de prestations auprès de l'OAI que le 26 janvier 2012, son droit à une rente ne peut prendre effet qu'au 1^{er} août 2012. Le

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

E. 3

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Constitue une incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). b) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (cf. ATF 131 V 164 consid. 2.2, 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1). A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

E. 3.3

et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351

consid. 3a ; TF 8C_410/2014 précité consid. 3.3). Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGa et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; 9C_28/2011 du

E. 4

a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et références citées). De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid.

E. 6

octobre 2011 consid. 2.2 ; consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_500/2011 précité, 9C_28/2011 précité et 9C_745/2010). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (cf. TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_268/2011 précité loc. cit.; cf. également TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2). b) Conformément à l'art. 59 al. 3 LAI, les offices AI peuvent faire appel aux services de centres d'observation professionnelle de l'AI (COPAI) dans des cas particuliers, pour l'examen pratique de la capacité de travail d'un assuré. Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (cf. Michel Valterio, op. cit, n o 2608 et 2609 p. 699ss et les références citées). Les informations recueillies au cours d'un stage, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient, en principe, supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de

travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (TF I 531/04 du 11 juillet 2005 consid.4.2). Cela étant, au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle, on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge – conformément au principe de la libre appréciation des preuves – de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (TF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1 in : SVR 2011 IV n° 6 p. 17 ; 9C_833/2007 du 4 juillet 2008 in : Plädoyer 2009/1 p. 70). 5 . a) En l'espèce, sur le plan médical, il est constant que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle d'étancheur. L'ensemble des médecins intervenus au dossier s'entendent pour dire que dite activité n'est plus exigible. Par contre, les avis divergent s'agissant de sa capacité résiduelle dans une activité adaptée. L'intimé a retenu que, dès le 1^{er} novembre 2012, l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Pour sa part, le recourant soutient que son état de santé ne lui permet pas de travailler à plein temps. Se fondant principalement sur l'avis du Dr B. _____, il soutient que sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée n'excède pas 75%. b) L'OAI a principalement fondé la décision litigieuse sur les conclusions de l'examen clinique rhumatologique du Dr O. _____. Dans son rapport du 22 juin 2015, le médecin a retenu les diagnostics incapacitants de lésions ostéochondrales de la partie supéro-interne du dôme astragalien à la suite de l'entorse de la cheville gauche le 21 février 2011 et de lombosciatalgies bilatérales prédominant du côté gauche, sans déficit neurologique, sur troubles statiques (cyphose dorsale haute, discrète scoliose dorsolombaire compensée, effacement de la lordose lombaire) et dégénératifs (protrusion discale paramédiane gauche L4-L5 avec déchirure périphérique postérieure de ce disque, discopathie L5-S1, arthrose facettaire L4-L5). Au titre des limitations fonctionnelles, le Dr O. _____ a retenu qu'en raison de son atteinte à la cheville gauche, l'assuré devait éviter de marcher sur terrain irrégulier, d'utiliser de manière répétée des escaliers, de monter sur des échelles, échafaudages ou escabeau, de travailler accroupi ou sur plateforme vibratoire. Ses troubles lombaires impliquaient quant à eux d'éviter les positions en porte-à-faux, les ports de charges supérieures à 10 kg et le travail exclusivement assis ou debout. Il devait également favoriser les activités en positions alternées, permettant de changer de position deux fois par heure ou librement. Contrairement au grief formulé par le recourant, le Dr O. _____ a étendu son examen à l'état global de l'assuré, sans se limiter aux seules séquelles de l'accident de février 2011. Ainsi, procédant notamment à l'examen des genoux de l'intéressé, le médecin n'a observé aucun signe d'arthrite, de synovite ou d'arthrose. Il n'a constaté qu'un discret syndrome fémoro-patellaire, n'impliquant toutefois aucune limitation fonctionnelle et restant sans incidence sur la capacité de travail. Il n'a retenu aucune limitation fonctionnelle en lien avec les douleurs cervicales, celles-ci n'étant qu'occasionnelles et l'assuré ne présentant aucun signe d'irritation radiculaire. Enfin, le Dr O. _____ n'a posé aucun diagnostic concernant l'épaule droite, dès lors qu'aucun élément pathologique clinique n'avait été objectivé. Lors de l'examen, la coiffe des rotateurs s'était en effet révélée intacte des deux côtés et il n'y avait aucun élément en faveur d'un conflit sous-acromial ou un conflit antérieur aux épaules. On notera encore que l'examen clinique des épaules a mis en lumière plusieurs incohérences. En définitive, le Dr

O._____ a estimé que les cervicalgies, la très discrète cunéisation ancienne de la vertèbre D9 ou D10, le minime syndrome fémoro-patellaire bilatéral, la préobésité, l'hypertension artérielle traitée et l'hypercholestérolémie restaient sans incidence sur la capacité de travail. Le Dr O._____ a relevé que son examen avait été parasité par une autolimitation et plusieurs incohérences, voire des discordances (4 signes de Waddel, 1 signe de Kummel, différence significative entre la distance doigts-sol et doigts-orteils lors de deux examens distincts, amélioration des amplitudes des épaules et de la hanche gauche avec distraction ou lors de l'observation à l'insu de l'assuré, douleur à la palpation de la cheville gauche loin de l'interligne, lâchage antalgique lors de la dorsiflexion ou flexion plantaire du pied gauche et la dorsiflexion des orteils alors que l'assuré arrive à se mettre sur les pointes des pieds et les talons de manière symétrique, épargne de l'épaule droite et du rachis en se déshabillant qui disparaît lorsqu'il se rhabille, allant jusqu'à se pencher en avant pour ramasser ses chaussettes). On remarquera à cet égard que les Drs L._____ et F._____ avaient également fait le constat de phénomènes d'amplification. Ainsi, le Dr L._____ signalait une probable amplification, sous forme de douleurs au simple effleurage, de réactions de fuite, soupirs et d'attitude oppositionnelle active. De son côté, le Dr F._____ a relevé une attitude plaintive et une démonstration importantes, de même qu'un manque de collaboration durant les examens médicaux et l'observation en atelier, en présence de plusieurs signes de Waddel. A ce stade, force est de constater que le rapport du 22 juin 2015 du Dr O._____ est probant. Le médecin, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et en rhumatologie, a pris connaissance des rapports médicaux établis par ses confrères et du dossier radiologique de l'assuré, avant de procéder à un examen clinique minutieux. Il a étudié de manière circonstanciée les points litigieux, en pleine connaissance de l'anamnèse et en prenant en compte les plaintes de l'assuré. Il a en outre fait procéder à de nouvelles radiographies de la cheville gauche au jour de son examen, tout en motivant les raisons pour lesquelles il renonçait à mettre en œuvre des examens complémentaires au niveau de la colonne, de la colonne cervicale et de l'épaule droite. Son appréciation de la situation médicale est claire et ses conclusions sont bien motivées. Contrairement à ce qu'affirme le recourant, le Dr O._____ n'a pas occulté les douleurs signalées aux genoux. Il a pris note des plaintes sur ce plan et a pratiqué un examen de ces articulations, concluant à l'absence de toute limitation fonctionnelle. Quant aux douleurs à la hanche que le recourant fait également grief au Dr O._____ d'avoir ignorées, elles n'ont donné lieu à aucun diagnostic incapacitant, pas même de la part des Drs V._____ et B._____. Si l'assuré a bien évoqué des douleurs aux hanches lors de l'examen du 22 juin 2015 au SMR, le Dr O._____ a constaté des discordances, notamment des limitations importantes alléguées par le recourant, disparaissant ensuite notamment en cas de distraction ou d'observation à l'insu de l'intéressé. Au vu de ces différents éléments, il sied de retenir que le rapport du 22 juin 2015 du Dr O._____ remplit les exigences jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 3b supra). Le fait que ledit médecin ait été à une certaine époque rattaché à la X._____ ne suffit nullement à remettre en doute ce constat. c) Contrairement à ce que soutient le recourant, il n'existe pas une absence totale de consensus entre les différents avis médicaux au dossier, s'agissant de sa capacité résiduelle dans une activité adaptée. Au contraire, force est de constater que la majorité des médecins s'est prononcée de manière concordante, dans le sens d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En outre, tous les médecins s'entendent pour admettre que le recourant connaît des atteintes incapacitantes au niveau de sa cheville gauche et au niveau lombaire, tout en arrêtant des limitations

fonctionnelles très largement superposables. Ainsi, dans leur rapport du 4 janvier 2012, les Drs N. _____ et K. _____ ont notamment retenu les diagnostics d'entorse de la cheville gauche le 21 février 2011, de lésion ostéochondrale postéro-interne du dôme du talus gauche, de lombalgies chroniques s'étendant aux membres inférieurs. Ils ont constaté que l'assuré présentait un œdème modéré à la cheville gauche et que la mobilité de dite cheville et du rachis était limitée par des douleurs annoncées. Les rapports articulaires restaient toutefois conservés. Les examens pratiqués à la X. _____ n'ont montré aucune anomalie évoquant une lésion traumatique ou une pathologie compressive ; ils ont également permis d'exclure toute atteinte neurologique et rhumatismale. Les Drs N. _____ et K. _____ ont retenu des limitations fonctionnelles usuelles en cas de traumatisme du rachis et de la cheville, à savoir une restriction au niveau des ports de charges répétés, du maintien prolongé en position de porte-à-faux, des mouvements répétés en flexion-extension du tronc, du maintien de la position statique debout et des déplacements prolongés. Les médecins de la X. _____ n'ont fait état d'aucune limitation fonctionnelle qui aurait été ignorée par le Dr O. _____. Tout comme le médecin du SMR, ils ont également conclu à une exigibilité entière dans une activité adaptée à ces limitations, dès le 1^{er} novembre 2012. En dépit des allégations du recourant, leur appréciation porte sur la situation globale de l'assuré, et non sur les seules suites de l'accident du 21 février 2011. Après avoir procédé à deux examens cliniques, le Dr G. _____ est parvenu lui aussi à des conclusions superposables à celles du Dr O. _____. Dans son rapport du 5 février 2013, le médecin d'arrondissement a retenu les diagnostics de lombalgies chroniques non spécifiques avec pseudosciatalgies et de lésion ostéochondrale du dôme du talus. Il a observé une cheville gauche nettement élargie par une tuméfaction diffuse s'étendant au tiers distal de la jambe, annoncée comme très douloureuse par l'assuré, mais dont la mobilité s'avérait conservée. Au titre des limitations fonctionnelles, le Dr G. _____ a retenu la nécessité d'éviter le port de charges moyennes, la station debout et les longs trajets, surtout sur terrain accidenté. Il n'a ainsi évoqué aucune limitation qui aurait été ignorée par le Dr O. _____. Dans une activité adaptée à ces restrictions, le Dr G. _____ estimait également que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière. De même, dans son avis du 4 mars 2013, le Dr D. _____ a retenu les atteintes incapacitantes de douleurs et œdèmes persistants de la cheville après entorse du 21 février 2011 et de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs de la région lombaire. A l'instar des médecins précités, il a estimé que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans toute activité adaptée, à savoir une activité assise, ou semi-assise, ne nécessitant pas les positions statiques immobiles prolongées, les postures répétées en porte-à-faux du tronc, le port répétés de charges de plus de 10 kg, la marche autre qu'occasionnelle, les travaux à genoux et accroupi, ainsi que l'utilisation répétée d'échelles et d'escabeaux. Après avoir pris connaissance du rapport du Dr O. _____, le Dr D. _____ a ajouté à la liste des limitations fonctionnelles reconnues la nécessité d'éviter la marche sur terrain irrégulier, le travail sur plateforme vibratoire ainsi que la possibilité d'alterner les positions, deux fois par heure ou librement (cf. avis du 6 juillet 2015). Dans ses rapports des 26 juillet et 27 septembre 2013, le Dr C. _____ a retenu les diagnostics de lésion ostéochondrale du dôme astragalien interne gauche, de status post-entorse de la cheville gauche le 21 février 2011, de lombalgies basses avec sciatalgies principalement à gauche et de protrusion discale L4-L5. C'est ainsi sans fondement que le recourant lui fait grief de n'avoir tenu compte que de l'atteinte à la cheville gauche. A son avis également, le recourant disposait d'une capacité entière dans une activité adaptée légère, définie par des

limitations fonctionnelles de même ordre que celles retenus par ses confrères (éviter la position debout, les marches prolongées, la marche sur terrains irréguliers, sur les échelles ou les échafaudages, ainsi que le port régulier de charges excédent

E. 10

kg). Le 27 septembre 2013, le Dr C._____ a observé une légère tuméfaction dans la région de la malléole gauche, qui ne l'a toutefois pas empêché de confirmer son appréciation quant à la capacité de travail résiduelle. Le Dr L._____ a certes attesté une incapacité de travail de 50%. Cet avis ne saurait toutefois remettre sérieusement en question l'appréciation du Dr O._____, dans la mesure où, d'une part, il date du 14 juillet 2011, soit moins de quatre mois après l'accident, et, d'autre part, il concerne la capacité de travail dans l'activité habituelle, qui avait été reprise à 50% dès le mois d'avril 2011. En outre, le médecin d'arrondissement a préconisé le maintien de l'incapacité à 50% dans l'attente de précisions diagnostiques. Le recourant ne peut au demeurant tirer aucun argument du rapport de E._____. Au-delà du fait que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les informations recueillies au cours d'un stage d'observation ne supplantent en principe pas l'avis dûment motivé d'un médecin, le rapport de synthèse de E._____, ainsi que le rapport du Dr F._____ annexé, ne vont pas dans un sens différent de celui du Dr O._____. Certes, dans son rapport du 9 septembre 2013, le Dr F._____ a indiqué que l'assuré était pour l'instant inemployable. Mais, selon le médecin de E._____, c'est en raison de son comportement que l'intéressé n'était pas présentable à un employeur. Par contre, le Dr F._____ a estimé qu'avec une meilleure motivation, l'assuré pourrait travailler à plein temps et avec de bons rendements, dans une activité légère. Le Dr F._____ a précisé que l'examen physique était objectivement peu perturbé. Par contre, subjectivement, les plaintes et la démonstration de l'assuré étaient importantes, en présence de signes de non-organicité. L'assuré avait passé son temps à démontrer qu'il souffrait, se plaignant sans cesse de douleurs, montrant sa cheville, s'asseyant par terre pour la masser avec du gel, se déplacement lentement et précautionneusement, ce que le Dr F._____ peinait à expliquer sur le plan médical. En définitive, le Dr F._____ n'a pas attesté d'incapacité de travail ; il a au contraire estimé que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était entière, sans limitation de rendement. Si le directeur de E._____ a fait état d'un « grand malaise existentiel », un état psychique au plus bas et qu'il a suggéré l'introduction d'un suivi psychologique, la Dresse Z._____ a indiqué que son patient ne présentait pas d'incapacité de travail significative et durable. Elle a précisé qu'il souffrait d'un épisode dépressif moyen, soit une pathologie circonscrite dans le temps et non un état chronique. De l'avis de la psychiatre traitant, cette atteinte n'empêcherait probablement pas l'assuré de faire face aux exigences du marché du travail, sans conditions particulières. La symptomatologie avait déjà été atténuée par le traitement entrepris, les troubles psychiques étant en voie d'amélioration (cf. rapports du 20 janvier 2016 et courrier du 26 janvier 2016). Ainsi, il ne prévaut également aucune restriction de la capacité de travail au plan psychique. d) En définitive, seuls les Dr V._____ et B._____ ont une appréciation différente de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Les rapports du Dr V._____ ne sont toutefois pas déterminants pour l'issue de la présente cause. Le médecin traitant ne s'est en effet pas déterminé de manière circonstanciée sur la capacité de travail de son patient dans une activité adaptée. Dans son rapport du 14 février 2012, il a indiqué que l'assuré ne pouvait pas travailler à plus de 50% ; il se référait toutefois vraisemblablement à la capacité de travail dans l'activité habituelle d'étancheur, l'intéressé ayant à cette époque repris son activité auprès de son ancien

employeur, à 50%, depuis avril 2011. Il n'a en outre pas motivé en quoi avait consisté l' « énorme dégradation » apparue six mois auparavant, mentionnée dans son certificat du 30 septembre 2013. Lors d'un entretien téléphonique du 21 octobre 2013 avec le Dr D. _____, le Dr V. _____ a indiqué que son patient était trop usé pour pouvoir encore travailler et que sa cheville n'était pas stabilisée. Ces éléments, insuffisamment motivés, ne conduisent pas à jeter le doute sur le bienfondé des conclusions des médecins précités, en particulier celles du Dr O. _____. Quant au rapport du Dr B. _____ produit par le recourant en procédure d'audition, il ne permet pas d'aboutir à une solution différente de celle retenue par l'intimé. Dans son rapport du 29 décembre 2015, le Dr B. _____ a retenu les diagnostics de : - douleur chronique de la cheville gauche dans le contexte d'une lésion ostéochondrale du dôme astragalien au niveau de l'angle postéro-interne et status post-ancienne déchirure du faisceau péronéo-calcanéen (talo-fibulaire) du ligament collatéral externe ; status post-entorse traumatique de la cheville gauche le 21 février 2011, - lombalgie et sciatalgie bilatérale prédominant du côté gauche dans le contexte de troubles statiques et dégénératifs rachidiens : protrusion discale paramédiane L4■L5 gauche ; discopathies lombosacrées et facette arthrose L4-L5-S1, - cervicalgie de caractère musculaire dysfonctionnelle et probable cervico-discarthrose, - dorsalgie sur spondylose, - douleurs mécaniques des genoux sur probable chondropathie fémoro-patellaire, - hypertension artérielle traitée, - dyslipidémie anamnétique, - excès pondéral. Force est de constater que, contrairement à ce que soutient le recourant, les atteintes retenues par le Dr B. _____ sont quasiment intégralement superposables à celles observées par le Dr O. _____, lequel avait également retenu des lésions ostéochondrales de la partie supéro-interne du dôme astragalien à la suite de l'entorse de la cheville gauche, le 21 février 2011, des lombosciatalgies bilatérales prédominant du côté gauche, sans déficit neurologique, sur troubles statiques (cyphose dorsale haute, discrète scoliose dorsolombaire compensée, effacement de la lordose lombaire) et dégénératifs (protrusion discale paramédiane gauche L4-L5 avec déchirure périphérique postérieure de ce disque, discopathie L5■S1, arthrose facettaire L4-L5). Tout comme le Dr B. _____, le médecin du SMR avait signalé un syndrome fémoro-patellaire et des douleurs cervicales, ainsi qu'une hypertension artérielle, une cholestérolémie et un problème pondéral, tout en ne leur attribuant pas d'effet sur la capacité de travail, étant précisé que le Dr B. _____ ne s'est pas prononcé sur l'éventuel effet des diagnostics retenus sur la capacité de travail. En outre, contrairement à ce qu'affirme le recourant, le Dr B. _____ n'est pas le seul à avoir signalé une probable ancienne fracture du ligament collatéral de la cheville gauche. Le Dr O. _____ avait également relevé que l'entorse du 21 février 2011 avait dû être importante, puisque l'IRM effectuée quelques mois après a montré non seulement une atteinte osseuse au niveau de l'astragale, mais également une atteinte tendineuse et des ligaments collatéraux externes. Le fait que le Dr B. _____ mentionne des dorsalgies, en plus des cervicalgies et lombalgies et sciatalgies unanimement reconnues, n'est pas déterminant. En effet, outre le fait que le Dr B. _____ semble avoir principalement répercuté les plaintes de l'assuré, cette atteinte n'induit quoi qu'il en soit pas des limitations fonctionnelles différentes de celles énumérées par le Dr O. _____, le Dr B. _____ retenant également des limitations fonctionnelles comprenant « les positions assises et debout statiques, les travaux penchés accroupis, en déséquilibre, les déplacements répétés, prolongés, la marche sur terrain irrégulier, la montée/descente d'échelles ou d'échafaudage, le port de charge répétitif ». On remarquera en particulier que la nécessité d'alterner les positions a été prise en considération par le Dr O. _____, qui en a fixé la fréquence à

deux fois par heure ou au besoin. En définitive, les constatations cliniques et les limitations fonctionnelles mentionnées par les Drs O. _____ et B. _____ sont très largement identiques. On ne suit pas le recourant lorsqu'il affirme que le Dr B. _____ aurait décelé des atteintes déterminantes qui auraient été ignorées par le Dr O. _____. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a estimé que l'appréciation du Dr B. _____ n'était en définitive qu'une interprétation différente d'un même état de fait. En particulier, le Dr B. _____ ne convainc pas lorsqu'il justifie la réduction de la capacité de travail de 25% par les limitations fonctionnelles liées à la difficulté de maintenir les positions assise et debout statique et la diminution de rendement qui s'en suivrait. La nécessité d'alterner les positions au besoin a été reconnue par l'intimé au titre des limitations fonctionnelles et a donné lieu à un abattement sur le revenu d'invalidé (cf. consid. 6 infra). Ce facteur ne peut donc justifier, en plus, une réduction de la capacité de travail. On remarquera qu'une baisse de rendement de 25% n'apparaîtrait en tous les cas pas adaptée à la situation, dès lors que lors de l'entretien anamnestique du 22 juin 2015 au SMR, l'assuré est resté assis 80 minutes en ne se levant qu'à deux reprises moins de une minute. Le reste du temps, il était resté assis, sans changer de position et sans manifester de douleurs. Sur une journée de travail, la nécessité d'alterner les positions n'impliquerait donc une perte de travail, et donc une baisse de rendement, durant quelques minutes seulement. e) Les autres arguments avancés par le recourant ne sont pas davantage susceptibles de remettre en cause les conclusions du Dr O. _____. En particulier, le fait que l'OAI n'ait pas mis en œuvre un programme de reconditionnement n'est pas déterminant et ne suffit pas à faire douter des conclusions du médecin du SMR. Comme le relève d'ailleurs à juste titre l'intimé, l'assuré n'a certes pas travaillé depuis septembre 2012. Toutefois, dès novembre de la même année, il a été reconnu pleinement apte à travailler dans une activité adaptée, capacité résiduelle qu'il n'a toutefois pas mise en valeur pour des motifs qui lui sont propres, mais qui ne sont pas fondés sur des constats médicaux objectifs et probants. On doit également retenir avec l'intimé que, si le Dr O. _____ a effectivement proposé de nouveaux examens angiologiques, il n'a pas estimé que leurs résultats seraient en mesure d'influencer son évaluation de la capacité de travail, à laquelle il a procédé sans attendre. On voit plutôt que le médecin du SMR a émis cette proposition dans un but thérapeutique, puisqu'il a précisé que si une insuffisance ou une hyperpression veineuse se confirmait, l'assuré devrait appliquer les conseils de l'angiologue. En outre, il n'existe au dossier aucun élément permettant de remettre en question la validité de l'appréciation médico-théorique du Dr O. _____. En particulier, les conclusions du rapport final de E. _____ ne permettent pas de s'éloigner de l'appréciation du médecin du SMR (cf. consid. 4c supra). L'arrêt du Tribunal fédéral 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 allégué par le recourant n'y change rien. La situation du recourant est différente, en particulier du fait que les conclusions posées à l'issue du stage d'observation vont dans le sens d'une capacité de travail de 100%, pour peu que l'assuré fasse preuve de motivation, ce qui n'était pas le cas dans la situation traitée par la Haute Cour. Enfin, dans sa fiche de calcul du salaire exigible du 5 août 2015, la spécialiste en réadaptation de l'OAI a indiqué que représentaient des activités adaptées des activités industrielles légères, tel que le conditionnement, ou de la manutention légère, précisant ainsi en termes de métier la capacité résiduelle retenue par le Dr O. _____. On relèvera encore à cet égard que le Tribunal fédéral a indiqué que compte tenu du large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général – et le marché du travail équilibré en particulier –, il faut admettre qu'un nombre significatif

d'entre elles sont adaptées à la pathologie du recourant et accessibles sans formation particulière (cf. TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3) f) En définitive, il n'y a pas lieu de douter du caractère bien fondé des constatations du Dr O._____. On retiendra dès lors qu'après avoir présenté une totale incapacité de travail du 21 février 2011 au 31 octobre 2012, le recourant a recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 1^{er} novembre 2012. Cette amélioration est de nature à conduire à une révision des prestations, au sens de l'art. 17 LPGA. Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaire et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions soient suffisamment élucidés (TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2) . Les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit, le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la requête d'expertise formulée par le recourant (appréciation anticipée des preuves). 6. Sur le plan économique, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu hypothétique sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). Le moment déterminant pour la comparaison des revenus est l'année de l'ouverture du droit éventuel à la rente (ou de sa révision), soit en l'occurrence 2012 (cf. consid. 3a supra). a) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant, en l'occurrence 2014, s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Selon le rapport de l'employeur du 13 février 2012, le salaire mensuel de l'assuré au 1^{er} janvier 2012 s'élevait à 5'446 fr. 50. Le revenu sans invalidité déterminant pour 2012 est ainsi de 70'804 fr. 50 (13^{ème} salaire compris, selon l'art. 19 de la Convention collective de travail du second-œuvre romand), comme retenu à juste titre par l'intimé. b) S'agissant du revenu d'invalidé, l'OAI s'est à juste titre fondé sur l'Enquête sur la structure des salaires (ESS). En l'absence d'activité effectivement exercée par l'assuré dans une activité adaptée raisonnablement exigible, la jurisprudence admet de s'y référer (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3) . Le Tribunal fédéral a précisé à cet égard que sont déterminantes les statistiques du tableau TA1, secteur privé, salaires bruts standardisés (ATF 124 V 231 consid. 3b/aa ; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1). Selon la jurisprudence, le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) ; une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2 in fine, 134 V 322 consid. 5.2 et 126 V 75

consid. 5b/aa-cc). Vu l'évaluation de l'invalidité de l'assuré à dater de l'année 2012, il y a lieu de se référer à l'ESS de cette même année (cf. ATF 128 V 174 consid. 4a), et non l'ESS de 2010, comme le fait le recourant. C'est également à tort que l'assuré a adapté le salaire de référence selon l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2015, l'année déterminante pour la comparaison des revenus étant 2012. Selon l'ESS 2012, le salaire médian des hommes occupés à des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé est de 5'210 fr. (ESS 2012, TA1, niveau de qualification 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 (41,7 heures ; cf. OFS / La Vie économique, n° 1/2-2014, tableau B 9.2), le revenu mensuel d'adaptation s'élève à 5'431 fr. 40, soit 65'177 fr. 10 annuellement. Il n'y a pas lieu de réduire ce salaire de 25% comme le soutient le recourant, l'exigibilité dans une activité adaptée étant entière. L'intimé a retenu un taux d'abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles affectant le recourant, ainsi que de son âge. Cette appréciation n'est pas critiquable, dès lors qu'elle tient correctement compte de l'ensemble des circonstances personnelles de l'intéressé. Le recourant ne convainc pas lorsqu'il soutient que sa situation justifie une réduction de 15%. En particulier, le fait qu'il n'ait pas de formation professionnelle achevée ne fait pas partie des critères déterminants justifiant une réduction du revenu de référence. Comme relevé par l'intimé, les salaires fixés par l'ESS pour les activités professionnelles de niveau de qualification 1 (tâches manuelles ou physiques simples) recouvrent précisément des activités ne nécessitant aucune formation spécifique. L'obésité alléguée par le recourant ne justifie pas non plus un abattement supplémentaire. D'une part, le Dr O. _____ a posé le diagnostic de pré-obésité, et non d'obésité. Le Dr B. _____ s'est quant à lui limité à signaler un excès pondéral, sans qualification aggravante. D'autre part, et en tout état de cause, le surpoids du recourant reste modéré et ne justifie ni une réduction de la capacité de travail, ni un abattement sur le revenu d'invalidité. On relèvera à cet égard que le recourant fait valoir que ce surpoids est de nature à restreindre ses facultés de déambulation. Or, même à admettre que tel soit le cas, la gêne resterait minime et n'empêcherait ni ne réduirait les perspectives d'exercer une activité légère sédentaire adaptée telle que préconisée par le SMR. L'assuré ne peut pas non plus faire valoir une limitation de ses capacités d'adaptation, prétendument induite par la durée de sa dernière activité professionnelle : lors de son stage à E. _____, les examinateurs ont au contraire observé de bonnes facultés intellectuelles et d'apprentissage. L'assuré s'était montré capable d'appliquer rapidement des règles d'usage. Il avait démontré une bonne capacité d'apprentissage par la pratique, comprenant bien les consignes démonstratives et ne rencontrant aucun problème avec toutes les activités proposées. Instruit, il parlait et lisait bien le français ; il avait également obtenu de bons résultats en mathématiques (cf. rapport de synthèse du 20 septembre 2013). Ces différents éléments ne vont pas dans le sens d'une faculté d'adaptation réduite. Enfin, le recourant ne peut tirer aucun argument de l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_384/2008 cité à l'appui de son recours. D'une part en effet, les deux situations ne sont pas identiques. D'autre part, dans son arrêt, la Haute Cour a limité son examen à la question de savoir si l'autorité cantonale avait exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit (excès positif ou négatif du pouvoir d'appréciation, cf. ATF 132 V 393). En définitive, il ne figure au dossier aucun élément justifiant de revenir sur le taux d'abattement de 10% fixé par l'intimé. Après déduction de 10% sur le salaire statistique, le revenu annuel d'invalidité déterminant pour l'année 2012 s'élève à 58'659 fr. 30 (65'177 fr. 10 x 90 : 100). c) La comparaison des revenus sans et avec invalidité précitées aboutit à un préjudice économique

de 12'145 fr. 20 (70'804 fr. 50 – 58'659 fr. 30). Le taux d'invalidité qui en découle, de 17% ($(12'145 \text{ fr. } 20 : 70'804 \text{ fr. } 50) \times 100$), ne suffit pas à ouvrir le droit à une rente d'invalidité. A l'instar de l'intimé, on remarquera encore que même à prendre un taux d'abattement de 15%, le taux d'invalidité, de 22% compte tenu d'une exigibilité de 100%. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a estimé que la situation de l'assuré avait connu une amélioration durable dès le 1^{er} novembre 2012, de nature à réviser la rente octroyée jusqu'alors. Cette amélioration ayant durée plus de trois mois, elle justifie une révision du droit à la rente, soit, in casu, sa suppression, à partir du 1^{er} février 2013 (cf. art. 88a al. 1 RAI). 7. a) En conclusion, le recours se révèle mal fondé et doit donc être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1 bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPG). c) Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération des frais de justice et la commission d'office d'un avocat en la personne de Me David Métille à compter du 12 juillet 2016 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les frais de justice et la rémunération de l'avocat d'office sont provisoirement supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD), le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). Par courrier du 16 octobre 2017, Me Métille a produit une liste de ses opérations, faisant état d'un temps consacré au dossier de 19 heures et 15 minutes (dont 15 heures et 15 minutes ont été effectuées par une avocate-stagiaire). Contrôlées au regard de la procédure, ces opérations rentrent globalement dans le cadre d'un bon accomplissement du mandat, de sorte que le montant des honoraires doit être arrêté à 2'589 fr. 30, TVA à 8 % comprise (4h à 180 fr. et 15h15 à 110 fr. [art. 2 al. 1 let. a et b RAJ]). Il y a lieu d'ajouter des débours par 37 fr. 35 (art. 3 al. 3 RAJ), TVA à 8 % incluse. L'indemnité d'office du conseil du recourant doit donc être arrêtée à 2'626 fr. 65, TVA comprise.