

VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 603 vom 2. Juli 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-07-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2018__603

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 603 du 2 juillet 2018

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 603 del 2 luglio 2018

Regeste

AI{ASSURANCE}, RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, FORCE PROBANTE, DROIT D'ÊTRE ENTENDU | 29 Cst., 17 al. 1 LAI, 28 LAI, 17 LPG, 6 LPG, 8 al. 1 LPG

Erwägungen

E. 2

décembre 2013, l'assuré a été victime d'un accident professionnel. En reculant avec un transpalette, l'un de ses collègues lui a touché le pied droit causant une fracture naviculaire. Une incapacité de travail totale a été attestée dès le 2 décembre 2013 pour une durée de six semaines, le traitement consistant en le port d'une attelle postérieure mobile. La CNA a pris en charge le cas. Dans un rapport d'imagerie de contrôle du pied droit (face/oblique/profil) du 17 avril 2014, le Dr H. _____, spécialiste en radiologie, a fait les constatations suivantes : « Description Par rapport aux comparatifs du 23.01.2014, pas de déplacement secondaire des fragments osseux en présence d'une fracture de la partie médiale de l'os naviculaire qui est [en] cours de consolidation ». L'assuré a été examiné le 20 août 2014 par le Dr W. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement, qui a indiqué notamment ce qui suit dans son rapport du même jour : «

E. 5

%. Reste à la charge de la Suva, le suivi médical à l'Hôpital [...] pour au maximum 4 consultations par année, ceci jusqu'à fin 2015. Des chaussures adaptées sont également à la charge de la Suva pour 2 paires annuelles ». Répondant à un questionnaire de la CNA, le 26 mars 2015, P. _____ SA a notamment indiqué ce qui suit : « Salaire présumable sans l'accident : - Salaire de base en 2014 et 2015 : 25 fr.14 (pas d'augmentation) - Indemnité pour vacances, jours fériés en 2014 et 2015 : 10.64% (vac.) et 3.59% (2014) / 3.17% (2015) - Gratification (13 ème salaire ou pourcentage) en 2014 et 2015 : 8.33% - Horaire de travail hebdomadaire : 42.50h. » L'ex-employeur a également produit un décompte annuel / résumé des salaires versés à l'assuré portant sur la période du 8 janvier 2013 au 20 avril 2014. Il ne figurait en particulier aucun montant pour les mois de février, mars et avril 2013. Le

E. 8

avril 2014, P. _____ SA a encore communiqué à la CNA que s'agissant des fiches de salaire manquantes, soit celles de décembre 2012 à avril 2013 (à l'exception du mois de mars 2013 chômeur), l'assuré était employé par l'entreprise F. _____ SA. La fiche de salaire de décembre 2012 a été transmise le 14 avril 2015 à la CNA, alors qu'après vérification, il s'est avéré que l'assuré s'était trouvé au chômage technique durant les mois de février, mars et avril 2013. Par courrier du 11 juin 2015, la CNA a informé l'assuré que

selon l'examen médical du 11 février 2015, la poursuite du traitement n'était pas susceptible d'amener une amélioration significative de son état de santé consécutif à l'accident. Elle mettait ainsi fin, avec effet au 31 juillet 2015, à ses prestations (prise en charge des soins médicaux et versement des indemnités journalières). Elle continuait toutefois à prendre en charge les consultations médicales jusqu'à la fin 2015 ainsi que les chaussures orthopédiques nécessaires sur le long terme. La CNA allait examiner par ailleurs le droit de l'assuré à d'autres prestations. Dans un courrier du 24 juillet 2015 adressé au médecin d'arrondissement de la CNA, la Dresse B. _____, médecin-chef du Centre Thermal [...] et spécialiste en rhumatologie, a indiqué que les lésions fracturaires du pied étaient consolidées, sans aucun phénomène algodystrophique évolutif, précisant toutefois que le port des orthèses voire même des séquelles de boiterie avaient pu modifier la statique sus-jacente, raison pour laquelle il y avait parfois un réveil douloureux au niveau des genoux mais sans atteinte de l'intégrité ostéo-articulaire vraisemblablement. Par décision sur opposition du 3 septembre 2015 confirmant une décision du 5 août 2015, la CNA a considéré que l'assuré était en mesure de travailler à 100% dans une activité adaptée des domaines de l'industrie – en évitant une position debout prolongée, la marche en terrain irrégulier ainsi que les travaux accroupis – pour un revenu de 4'655 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise. Après comparaison (au sens de l'art. 16 LPGA [loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 ; RS 830.1]) avec le gain mensuel réalisable sans l'accident (à savoir 4'839 fr., part au 13^{ème} salaire comprise), la perte de gain de l'assuré s'élevait à 3.8%, soit un taux insuffisant pour lui ouvrir le droit à la rente d'invalidité LAA (loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 ; RS 832.20). La CNA a en revanche octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un montant de 6'300 fr. sur la base d'une atteinte à l'intégrité de 5% et d'un gain annuel de 126'000 francs. Saisie d'un recours, la Cour de céans a, par arrêt du 31 octobre 2017 (AA 92/15 – 116/2017), rejeté le recours formé par l'assuré et confirmé la décision sur opposition rendue le 3 septembre 2015 par la CNA. Ce jugement est entré en force. b) Dans l'intervalle, soit le 30 mars 2015, O. _____ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en faisant état de troubles à son pied droit depuis son accident de début décembre 2013. Dans un rapport du 24 juin 2015 à l'OAI, le Dr N. _____, chef de clinique auprès des Etablissements hospitaliers Y. _____ (ci-après : les Etablissements hospitaliers Y. _____) et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de fracture non déplacée de l'os naviculaire associée à une fracture de la base du 1^{er} métatarsien droit traitées conservativement avec SDRC dans les suites. Les constats font part d'une tuméfaction modérée couvrant le pied droit avec douleur à la palpation du Chopart et à la sollicitation de ce dernier avec sinus du tarse très sensible. Le varus calcanéen était très marqué et la déambulation s'effectuait sur la colonne externe du pied avec une boiterie d'esquive. Le traitement médicamenteux consistait en la prise de Tilur® 90 mg retard (1x/jour) et de Pantozol® 40 mg (1x/jour). Le Dr N. _____ estimait que l'incapacité de travail était totale depuis l'accident dans la profession habituelle d'ouvrier-étancheur compte tenu d'impossibilités à la marche en terrain irrégulier et/ou sur une longue distance, et de l'exclusion du port de charges. En lien avec les mesures de réadaptation professionnelles possibles, ce médecin observait que l'introduction d'un chaussage orthopédique de série avec modification (lit plantaire incorporé et barre de déroulement) n'avait pas apporté de franche amélioration de la déambulation. Il listait par ailleurs les

limitations fonctionnelles suivantes, valables dès le 9 juin 2015, dans le cadre d'une activité adaptée au handicap de l'assuré : pas d'activités uniquement en position debout, exercées principalement en marchant (terrain irrégulier), en position accroupie et pas de montée sur une échelle / un échafaudage. Le chaussage orthopédique était indiqué en outre comme moyen auxiliaire. Par courrier du 10 avril 2015, le Dr J. _____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué à l'OAI qu'il ne lui était pas possible de compléter le formulaire transmis, n'ayant vu l'assuré qu'une fois le 28 mars 2015. Par communication du 4 août 2015, l'OAI a accordé une mesure d'intervention précoce sous la forme de cours de français « Débutant », du 10 août au 30 novembre 2015, auprès d'Y. _____ SA à [...]. Dans un document du 27 janvier 2016 intitulé « IP – Proposition de DDP », le conseiller en réinsertion professionnelle a indiqué que le dossier de l'assuré était fermé au motif qu'il avait recouvré une pleine capacité de travail ensuite de la mesure mise en œuvre (cours de français), capacité qu'il pouvait faire valoir dans différents secteurs industriels. Par projet de décision du 7 mars 2016, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à des prestations (rente et mesures professionnelles). Il en ressort notamment les constatations suivantes : « Résultat de nos constatations : Le 30 mars 2015, vous avez déposé une demande de prestations AI. Manœuvre (sic) dans l'étanchéité pour le compte d'une entreprise de travail temporaire, vous avez été victime d'un accident du travail le 2 décembre 2013 (pied droit). Dans le cadre de l'intervention précoce, notre assurance a pris en charge des cours de français afin de vous aider à devenir plus attractif sur le marché de l'emploi et retrouver un travail dans le secteur industriel. Après analyse de votre situation, nous constatons que vous n'êtes plus à même d'exercer l'activité habituelle de manœuvre en raison de votre atteinte à la santé. Par contre, dans une activité adaptée – éviter un travail en position debout prolongé, en terrain irrégulier, accroupi – vous conservez une capacité de travail de 100% dès le 1^{er} août 2015. Le droit potentiel à une rente naît le 1^{er} décembre 2014 (échéance du délai d'attente d'une année). Vous avez cependant déposé votre demande le 30 mars 2015. Votre demande est donc tardive et une rente ne peut être allouée que six mois après son dépôt, soit le 1^{er} septembre 2015. Or, à cette date, vous présentez une capacité de travail entière dans un travail adapté. En outre, il convient d'évaluer la perte de gain découlant de votre atteinte. [...] En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2013, CHF 5'248.- par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2013, niveau de compétence 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 2013 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'471.04 (CHF 5'248.- x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 65'652.48. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2013 à 2015 (+ 0.8% + 0.8% ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 66'707.12 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a). [...] Compte tenu des limitations fonctionnelles retenues, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié. Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 60'036.41. Ce moment doit être comparé au revenu annuel moyen réalisé entre 2009 et 2012, soit CHF 33'281.- Compte tenu de ce qui précède, nous constatons que le revenu d'invalidé auquel vous pouvez raisonnablement prétendre en exerçant une activité adaptée non qualifiée à [1]00% est plus élevé que celui que vous avez réalisé avant votre atteinte à la santé. Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les

secteurs de la production et des services, on peut convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et sont donc adaptées à votre handicap. Dès lors, le droit à des mesures professionnelles et à une rente AI n'est pas ouvert. » Par communication du 6 avril 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit à une aide au placement. Par décision du 2 mai 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision du 7 mars 2016. B. Par acte du 26 mai 2016, O._____ recourt devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée et conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité. Il conteste le taux de 10% d'invalidité retenu, arguant avoir effectué un essai de reprise d'emploi sans succès. Sa jambe avait en effet gonflé et il souffrait de crampes avec douleurs. Il fait enfin état de difficultés financières. Il dépose un lot de pièces dont un certificat médical du 17 mai 2016 établissant une incapacité de travail totale du 17 au 20 mai 2016. Par décision du 19 août 2016, la juge alors en charge du dossier a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 18 août 2016, dans la mesure de l'exonération des frais judiciaires et de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me François Chanson. Dans sa réponse du 7 septembre 2016, l'intimé conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il constate qu'aucun élément ne permet de revenir sur l'exigibilité entière dans une activité adaptée, également retenue par l'assurance-accidents. Dans sa réplique du 5 décembre 2016, le recourant, par son conseil, critique le fait que l'intimé n'a pas procédé à un examen complet de la situation et que sa décision ne remplit pas les conditions d'objectivité et de motivation, puisqu'il s'est contenté de faire purement et simplement siennes les conclusions de la CNA, alors que celles-ci sont contredites par un certain nombre d'éléments ressortant du dossier. Le recourant conteste dès lors être en mesure de travailler dans une activité adaptée, précisant qu'il n'est pas soutenable qu'un nombre suffisant d'employeurs soit enclin à limiter les activités de leurs collaborateurs à des activités légères tenant compte de limitations fonctionnelles comme celles qu'il présente. Il conteste enfin le revenu sans invalidité et le taux d'abattement de 10%. Il requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire permettant d'évaluer son état de santé, de déterminer les affections dont il souffre ainsi que son taux d'invalidité. Il conclut par conséquent à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100% à compter du 1^{er} décembre 2014 pour une durée indéterminée, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction et nouvelle décision. Il dépose enfin deux pièces médicales, soit un courrier du 10 août 2016 du Dr J._____ au Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi qu'un courrier du 3 octobre 2016 du Dr K._____ au Dr J._____. Dans sa duplique du 11 janvier 2017, l'intimé conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il produit un avis médical du 14 décembre 2016 du Dr Z._____, médecin au sein du Service médical régional (ci-après : le SMR), concluant à l'absence d'élément médical objectif nouveau pouvant justifier un changement des décisions prises. Dans son écriture du 26 janvier 2017, le recourant conclut à ce qu'il soit donné droit aux conclusions prises dans sa réplique du 5 décembre 2017 [recte : 2016]. Le 15 février 2017, le recourant transmet un rapport médical intermédiaire du 28 janvier 2017 du Dr J._____ à la CNA, lequel constate le développement d'un état anxio-dépressif. Le 6 mars 2017, l'intimé relève que cet élément n'est aucunement circonstancié et se rattache à une période postérieure à la décision du 2 mai 2016. Le 2 octobre 2017, la CNA a communiqué le dossier complet du recourant à la demande de la juge alors en charge. Dans son écriture du 10 janvier 2018, le recourant produit un rapport des Etablissements hospitaliers Y._____ du 3 janvier 2018 faisant état d'une impotence partielle importante au niveau du membre inférieur gauche présente depuis fin août 2017. Dans ses

déterminations du 24 janvier 2017, l'intimé est d'avis que l'entorse subie en août 2017 ne concerne pas le présent litige et que l'exigibilité était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à l'époque déterminante de la décision querellée du 2 mai 2016. Le recourant produit un rapport du 16 février 2018 de l'Unité [...] du service de neurologie du Centre hospitalier universitaire M._____ faisant état d'une radiculopathie L5 gauche avec comme diagnostic secondaire une entorse à la cheville gauche. Le 22 mars 2018, l'intimé produit un avis médical du 19 mars 2018 du Dr Z._____ du SMR, dans lequel il est précisé que les troubles moteurs de la jambe gauche remontaient à septembre 2017, soit postérieurement à la décision litigieuse du 2 mai 2016. Le 17 mai 2018, Me Chanson produit sa liste des opérations. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA ; art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 2. Le litige porte en l'occurrence sur le droit du recourant à une rente d'invalidité ou à des mesures de reclassement professionnel. 3. Il convient en premier lieu d'examiner le grief formel soulevé par le recourant, soit une violation de son droit d'être entendu, en ce sens que la décision attaquée ne remplirait pas les conditions de motivation que l'on est en droit d'attendre. a) La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, tel qu'il est garanti par l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), celui d'obtenir une décision motivée. Le destinataire de la décision et toute personne intéressée doit pouvoir la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et l'instance de recours doit pouvoir exercer pleinement son contrôle si elle est saisie (ATF 129 I 232 consid. 3.2 ; 126 I 15 consid. 2a/aa ; TF 9C_193/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1.1). L'autorité administrative doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4.1 et les références citées). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (TF 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, in : RDAF 2009 II p. 434). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et 127 V 431 consid. 3d/aa). Pour autant

qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les références citées). Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 et 135 I 279 consid. 2.6.1). b) En l'occurrence, la motivation de la décision litigieuse est suffisamment étayée pour permettre la compréhension des éléments pertinents dans l'évaluation du degré d'invalidité. Cela étant, ainsi que cela ressort tant du mémoire de recours que du double échange d'écritures intervenu postérieurement, l'intéressé, au demeurant assisté par un mandataire professionnel dès le dépôt de la réplique, a été en mesure de saisir les fondements essentiels de cette décision. Le seul fait que selon le recourant, l'intimé aurait fait siennes les conclusions de la CNA, alors qu'elles étaient contredites par un certain nombre d'éléments figurant au dossier, ne suffit pas à fonder une violation du droit d'être entendu. Il convient en définitive de retenir que le grief tiré d'une violation du droit d'être entendu porte en réalité sur le résultat de l'appréciation des preuves, si bien qu'il sera examiné avec le fond du litige. 4. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 6 LPGA prévoit qu'est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (al. 2). b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base 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 (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). 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 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). 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 et 125 V 351 consid. 3a; TF 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, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). c) A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité ; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente une capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels qui ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qu'au terme de cette année, il se trouve invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. d) A teneur de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. Tel n'est en principe pas le cas si l'assuré ne subit pas, même en l'absence d'une telle mesure de reclassement, une diminution de sa capacité de gain de l'ordre de 20% au moins (ATF 124 V 108 consid. 2b). 5. En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant ne peut reprendre une activité professionnelle dans son activité habituelle de manoeuvre-étancheur. L'intéressé soutient toutefois qu'il n'est pas en mesure de travailler dans une activité adaptée en raison des douleurs, reprochant notamment à l'intimé d'avoir fait siennes les conclusions du Dr W. _____ sans avoir procédé à un examen complet de sa situation médicale. Il doute par ailleurs qu'un nombre suffisant d'employeurs soit enclin à limiter les activités de leurs collaborateurs à des activités légères tenant comptes de limitations fonctionnelles comme celles qu'il présente. Il estime dès lors avoir droit à une rente d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2014. L'intimé considère pour sa part que le recourant présente une pleine capacité de travail et de gain dans une activité adaptée, soit respectant les limitations fonctionnelles (activité excluant le maintien d'une position debout prolongée, la marche en terrain irrégulier, ainsi que les travaux accroupis). a) En l'espèce, le recourant a été victime d'un accident professionnel le 2 décembre 2013 lequel a entraîné une fracture non déplacée de l'os naviculaire associée à une fracture non déplacée de la base du 1^{er} métatarsien à droite. Un traitement conservateur a été privilégié avec immobilisation plâtrée, puis sous forme de physiothérapie et de confection de chaussures adaptées (lit plantaire incorporé et barre de déroulement). Lors du séjour du recourant à la Clinique G. _____ du 24 septembre au 29 octobre 2014, le diagnostic de probable syndrome douloureux régional complexe du pied droit (SDRC) de type I, au décours a également été posé (cf. rapport du 27 novembre 2014). Dans leur appréciation, les Drs V. _____ et D. _____ avaient alors retenu des limitations fonctionnelles provisoires, à savoir qu'il fallait éviter les activités nécessitant le maintien d'une position debout prolongée ainsi que celles impliquant la marche en terrain irrégulier. La situation n'étant pas stabilisée lors de ce séjour, les médecins estimaient le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de manoeuvre-étancheur défavorable et relevaient que des facteurs contextuels (absence de contrat de travail et mauvaise connaissance du français) jouaient un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées et influençaient défavorablement le

retour au travail. Dans son rapport final du 11 février 2015 faisant suite à un examen clinique de l'assuré à la même date, le Dr W. _____ a considéré que le cas était stabilisé et qu'il y avait lieu d'examiner la capacité de travail résiduelle de l'assuré. Il a ainsi noté un pied droit calme, le SRDC ayant disparu, ainsi que des articulations sous-taliennes et du médio-tarse souples. Il a en outre constaté une marche sur le bord externe du pied droit, sans déroulement du pas. Par ailleurs, la circonférence des mollets et des cuisses du MID ne montrait pas de différence par rapport au côté gauche. Au vu de ses constatations, il a estimé que le recourant ne pouvait plus travailler dans son activité habituelle. Compte tenu des limitations fonctionnelles évoquées par les médecins de la Clinique G. _____, avec la précision que l'exécution de travaux en position accroupie devait être évitée, il a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Dans un courrier du 24 juillet 2015, la Dresse B. _____ a rapporté que les lésions fracturaires du pied étaient consolidées et confirmait l'absence de phénomène algodystrophique évolutif. Elle ne s'est toutefois pas prononcée sur la capacité de travail de l'intéressé. Le rapport médical du 24 juin 2015 du Dr N. _____ adressé à l'intimé ne permet pas de battre en brèche les conclusions du Dr W. _____. Le Dr N. _____ retient le diagnostic de « SRDC dans les suites ». Outre le fait que ce diagnostic contredit les constatations des Drs W. _____ et B. _____, il n'est pas documenté. Confirmant que le cas était stabilisé et que l'activité habituelle n'était plus possible, le Dr N. _____ a retenu les mêmes limitations fonctionnelles que celles énumérées par les médecins de la Clinique G. _____ et le Dr W. _____ à savoir : pas d'activités uniquement en position debout, exercées principalement en marchant (terrain irrégulier), en position accroupie et en ajoutant pas de montée sur une échelle / un échafaudage, sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Dans ses réponses au questionnaire complété le 1^{er} octobre 2015, le Dr N. _____ a considéré que le recourant était partiellement apte à travailler et sans port de charges sans avancer d'éléments permettant de justifier cette appréciation différente de la capacité de travail du recourant. Le fait que le recourant ait dû cesser une activité professionnelle en mai 2016 ne permet pas de procéder à une évaluation différente. Outre le fait que l'activité en question n'est pas décrite, ce qui ne permet pas de savoir si elle doit être considérée comme adaptée, l'incapacité de travail attestée ne l'a été que pour une courte période, soit du 17 au 20 mai 2016. Quant au rapport du Dr K. _____ du 3 octobre 2016, il ne saurait remettre en cause les conclusions du Dr W. _____. Ce médecin en effet y a essentiellement décrit les plaintes de l'intéressé, a relevé que les fractures de l'os naviculaire et de la base du 1^{er} métatarsien n'étaient plus visibles et a constaté l'absence d'instabilité au niveau de l'arrière ou du médio-pied (cf. radiographies réalisées lors de l'examen du 28 septembre 2016). A l'instar du SMR (cf. avis médical du 14 décembre 2016), il convient de retenir que ces constatations sont superposables à celles de la Clinique G. _____, le Dr K. _____ ne s'étant au demeurant pas prononcé sur la capacité de travail de l'assuré. En cours de procédure de recours, l'assuré a produit un rapport médical intermédiaire du 28 janvier 2017 du Dr J. _____ à la CNA mentionnant le développement d'un état anxio-dépressif, un courrier du 3 janvier 2018 des médecins des Etablissements hospitaliers Y. _____ faisant état d'une entorse de la cheville gauche en août 2017, ainsi qu'un rapport du 16 février 2018 du service de neurologie du Centre hospitalier universitaire M. _____ retenant la présence d'une radiculopathie L5 gauche. Cela étant, les rapports précités ne sont pas propres à établir la survenance, postérieurement à l'examen clinique effectué par le Dr W. _____ et antérieurement à la décision litigieuse du 2 mai 2016, d'une aggravation de l'état de santé de

l'intéressé affectant sa capacité de travail. En d'autres termes, les médecins précités font état de nouveaux diagnostics apparus postérieurement à la décision entreprise. Or, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243; 121 V 362 consid. 1b p. 366). En effet, pour autant qu'une péjoration de l'état de santé du recourant soit mise en évidence, celle-ci n'est pas intervenue avant la décision attaquée. Ces éléments, s'ils sont susceptibles de fonder une nouvelle demande, ne s'avèrent dès lors pas déterminants in casu. b) Au vu des éléments précités, la Cour retient que le rapport d'examen clinique du 11 février 2015 du Dr W. _____ a pleine valeur probante. En effet, l'appréciation de la situation médicale est claire et motivée. Le rapport du Dr W. _____, fondé tant sur l'examen clinique du recourant que sur l'ensemble du dossier, comporte un résumé des pièces au dossier, fait état des plaintes du recourant, contient les constatations de l'examen clinique et procède à une appréciation du cas. Bien que rendu au cours de la procédure administrative en matière d'assurance-accidents, le rapport d'examen clinique final du Dr W. _____ constitue une évaluation médicale sur laquelle l'intimé était fondé à s'appuyer pour constater, sous l'angle du droit de l'assurance-invalidité, que si le recourant présentait une affection au pied droit, celle-ci ne l'empêchait toutefois pas d'exercer une activité adaptée à plein temps dès le 1^{er} août 2015, étant précisé que l'intéressé ne présentait pas d'autres affections que celles en lien avec l'événement accidentel. Dans ce contexte, il n'était pas nécessaire de solliciter le SMR, lequel procède pour l'essentiel à la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et émet des recommandations quant à la suite à donner au cas sur le plan médical. En l'occurrence, tel a été le cas lors de la production par le recourant en cours de procédure d'un certain nombre de documents médicaux lesquels ont été soumis au SMR pour appréciation (cf. avis médicaux des 14 décembre 2016 et 19 mars 2018). C'est ainsi à juste titre que l'intimé a estimé que le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1^{er} août 2015. c) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). En l'occurrence, la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire neutre doit être rejetée, les éléments au dossier étant clairs, dénués de contradiction et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. 6. Cela étant, il convient d'examiner la perte de gain et, partant, le degré d'invalidité du recourant. 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'invalidité). 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 dans le cas d'espèce 2015 (cf. consid. 3b 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 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). L'intimé s'est ainsi basé sur la moyenne des revenus acquis entre 2009 et 2012, soit 33'281 fr. après indexation à l'année 2015, année de l'ouverture du droit éventuel à la rente. Il ressort du dossier, notamment de l'extrait du compte individuel de l'assuré que ce dernier travaillait de manière temporaire dans l'activité habituelle de manoeuvre-étancheur, précisant que tel n'était pas son choix, mais que l'activité à temps partiel était due « aux autres limitations auxquelles il a été confronté, en termes d'intégration sociale et culturelle ». La question de savoir si l'exercice d'une activité à temps partiel découle d'un choix personnel, respectivement si le revenu précité réalisé par l'intéressé correspond à une capacité de gain pleine et entière comme valide, peut demeurer ouverte. En effet, si l'on se fonde sur l'Enquête sur la structure des salaires (ci-après : l'ESS) , on aboutit à un revenu sans invalidité de 66'707 fr. 12 (niveau de compétence 1, année 2013 indexée à 2015). b) S'agissant du revenu d'invalidité, l'OAI s'est à juste titre fondé sur l'ESS. En effet, en l'absence d'activité effectivement exercée par le recourant 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 (ATF 135 V 297 consid. 5.2 in fine , 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Selon l'ESS 2013, le salaire médian des hommes occupés à des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé est de 5'248 fr. (ESS 2013, TA1, niveau de compétence 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 2013 (41,7 heures ; cf. OFS / La Vie économique, tableau B 9.2), le revenu mensuel après adaptation s'élève à 5'471 fr. 04, soit 65'652 fr. 48 annuellement. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2013 à 2015 (+0.8% +0.8%), on obtient un revenu de 66'707 fr. 12. L'intimé a retenu un taux d'abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré. 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 son âge, ses années de service et son taux d'activité justifie une réduction plus importante. En particulier, la jurisprudence considère que l'influence de la durée de service diminue dans la mesure où les exigences d'un emploi dans le secteur privé sont moins élevées, de sorte qu'un abattement pour années de service n'est pas justifié dans le cadre du niveau de qualification 4 de l'ESS (TF 9C_874/2014 du 2 septembre 2015 consid. 3.3.2). La simple affirmation que l'âge – de 50 ans en 2015 – constitue un facteur pénalisant ne suffit

pas à démontrer qu'il entraîne un désavantage salarial dans la catégorie d'activités visées, à savoir qu'il obligerait le recourant à mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail à des conditions économiques plus défavorables que la moyenne. Au demeurant, le recourant n'avait pas atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché de l'emploi supposé équilibré (TF 9C_259/2007 consid. 4.4). Enfin, le taux d'occupation ne saurait être déterminant en l'occurrence, dès lors que l'exigibilité est entière dans une activité adaptée. 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'invalide déterminant pour l'année 2015 s'élève à 60'036 fr. 41 (66'707 fr. 12 x 90 : 100). c) La comparaison des revenus sans et avec invalidité précités aboutit à un préjudice économique de 6'670 fr. 71 (66'707 fr.

E. 12

60'036 fr. 41). Le taux d'invalidité qui en découle, de 10% ($[6'670 \text{ fr. } 71 : 66'707 \text{ fr. } 12] \times 100$) ne suffit pas à ouvrir le droit à une rente d'invalidité. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a nié le droit à une rente d'invalidité au recourant. 7. Dans un dernier moyen, le recourant conteste pouvoir retrouver un emploi dans les secteurs de la production et services au vu de ses limitations fonctionnelles, ajoutant que l'intimé a procédé à une démonstration purement théorique. De manière générale, dans la mesure où le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif sont, à l'évidence, adaptées aux limitations de l'assuré et accessibles sans aucune formation particulière, il n'existe guère d'obstacles sur un marché de travail équilibré à ce que le recourant trouve un emploi adapté à ses problèmes de santé. Partant, on ne peut pas soutenir qu'au regard des limitations fonctionnelles retenues par les médecins, le recourant est dans l'impossibilité concrète de mettre à profit sa capacité de travail résiduelle. En effet, il y a lieu de se référer à la notion d'un marché du travail équilibré. Celle-ci, théorique et abstraite, 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 110 V 273 consid. 4b). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé, eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêts TF 9C_761/2012 du 7 juin 2013, I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références in VSI 1998 p. 293). A noter enfin que l'absence d'une occupation lucrative pour des raisons étrangères à l'invalidité ne peut donner droit à une rente AI. Il n'appartient donc en effet pas à l'assurance-invalidité de répondre d'une incapacité de gain lorsqu'elle n'a pas été provoquée par une atteinte à la santé, mais par des facteurs tels que la mauvaise situation socio-économique, tâche qui incombe en principe à l'assurance-chômage (ATF 107 V 21 consid. 2c). Si l'on peut comprendre le souci du recourant quant à ses chances de retrouver un travail, il n'appartient

pas à l'assurance-invalidité de compenser la perte de gain résultant de ces difficultés, d'autant plus qu'en application du principe de l'obligation de diminuer le dommage, le recourant doit faire l'effort raisonnablement exigible de chercher un nouvel emploi. On relèvera enfin que les perspectives de revenu offertes par un changement d'activité sont nettement plus élevées que le revenu que le recourant a obtenu même en étant en bonne santé. 8. a) Il en résulte que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 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). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et 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 du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGa). Le recourant bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Chanson (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le 17 mai 2018, Me François Chanson a produit la liste de ses opérations pour la période du 25 juillet 2016 au 18 mai 2018. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et entre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, Me Chanson faisant état de 17 heures et 42 minutes de travail. Pour les opérations effectuées du 25 juillet 2016 au 31 décembre 2017, un montant de 2'898 fr. (16h06 x 180 fr. [art. 2 al. 1 let. a RAJ {règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3}]) doit être reconnu à titre d'honoraires, auquel il convient d'ajouter la TVA au taux de 8%, soit 231 fr. 85. S'agissant des opérations effectuées en 2018, le montant reconnu à titre d'honoraires s'élève à 288 fr. (1h36 x 180 fr.), auquel s'ajoutent les débours par 100 fr. et la TVA au taux de 7,7%, soit 29 fr. 90. L'addition des montants précités aboutit à un total de 3'547 fr. 75 dû au titre de l'assistance judiciaire pour la présente affaire.