

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 juin 2013

---

Présidence de       Mme     DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :     M.     Métral et Mme Pasche  
Greffière     :     Mme     Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Ana Rita Perez, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 16 LPGA**

**E n f a i t :**

**A. a)** G. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), ressortissant portugais né en 1967, sans formation professionnelle, en Suisse depuis 2001 ou 2002 (selon les versions), titulaire d'une autorisation de séjour, a travaillé en dernier lieu en tant que charpentier pour le compte de l'entreprise P. \_\_\_\_\_ SA jusqu'au 31 décembre 2008, date de son licenciement, et s'est ensuite inscrit à l'assurance-chômage au début de l'année 2009.

L'assuré - par ailleurs suivi au Centre P. \_\_\_\_\_ en raison d'une ancienne toxicomanie substituée par Méthadone - a été victime d'un accident de la voie publique le 17 janvier 2009, occasionnant une fracture ouverte sus- et intercondylienne du fémur gauche, une fracture du plateau tibial externe gauche, et une fracture intertrochantérienne gauche. Il a été hospitalisé le jour même au Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier J. \_\_\_\_\_), où il a séjourné jusqu'au 11 mars 2009. Au cours de son hospitalisation, ses fractures ont été traitées en deux temps par réduction et ostéosynthèse, les 17 et 22 janvier 2009. En outre, un syndrome de stress post-traumatique a été signalé (cf. rapport de sortie du 12 mars 2009 des Drs R. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_, respectivement médecin associée et médecin assistant auprès du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier J. \_\_\_\_\_; cf. également rapports des 1<sup>er</sup> mai 2009, 23 juin 2009, 12 janvier 2010 et 23 février 2010 du Dr K. \_\_\_\_\_, chef de clinique auprès du Service d'orthopédie et de traumatologie du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier J. \_\_\_\_\_).

Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la SUVA).

**b)** Le 19 mars 2009, la CNA a transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) un formulaire de détection précoce indiquant que l'assuré se trouvait en

incapacité de travail à 100% depuis le 16 [recte : 17] janvier 2009 en raison d'un accident ayant engendré de graves fractures de la jambe gauche. Le 24 avril 2009, l'intéressé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en relation avec l'accident susdit.

D'un questionnaire pour l'employeur complété le 27 mai 2009 par l'entreprise P.\_\_\_\_\_ SA, il est notamment ressorti que l'assuré avait été engagé en tant que charpentier dès le 1<sup>er</sup> février 2006 et qu'il avait été licencié pour le 31 décembre 2008 en raison d'un manque général de capacité dans cette activité.

Dans un rapport du 3 juin 2009 à l'attention de l'OAI, les Drs M.\_\_\_\_\_ (médecin chef à l'Unité de traumatologie du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier J.\_\_\_\_\_) et K.\_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de fracture ouverte sus- et intercondylienne du fémur gauche et de fracture intertrochantérienne gauche, depuis le 16 [recte : 17] janvier 2009. Ils ont exposé que le pronostic était pour le moment réservé et ont mentionné d'importants risques de non consolidation osseuse au niveau du fémur distal, un risque de douleurs résiduelles au niveau de la jambe gauche et un important risque d'arthrose post-traumatique sur le genou gauche. Ils ont fait état d'une incapacité de travail de 100% dans la profession de manœuvre-coffreux depuis le 17 janvier 2009. Ils ont observé qu'actuellement, la reprise d'une activité professionnelle était impossible en raison d'une mise en charge encore trop douloureuse nécessitant l'utilisation de deux cannes. Ils ont ajouté que l'activité exercée jusqu'alors n'était médicalement plus exigible, mais que la reprise d'une activité professionnelle adaptée paraissait possible pour autant qu'elle puisse être exercée en position assise et permette d'éviter le port de charge, les déplacements et la station debout.

Sur mandat de la CNA, l'assuré a séjourné à la Clinique [...] (ci-après : la Clinique V.\_\_\_\_\_) du 1<sup>er</sup> septembre au 7 octobre 2009. Il ressort notamment ce qui suit du rapport du 30 octobre 2009 des Drs

W.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_, respectivement spécialiste en rhumatologie et médecin assistant auprès de la Clinique V.\_\_\_\_\_ :

#### **"DIAGNOSTIC PRIMAIRE**

***Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)***

#### **DIAGNOSTICS SECONDAIRES**

**- Le 16.01.2009, AVP :**

- fracture ouverte sus- et intercondylienne du fémur gauche (T 91.1)**
- fracture inter-trochantérienne gauche (T 91.1)**
- Ostéosynthèse de ces fractures en 2 temps le 17.01.2009 et le 22.01.2009 (Z 98.8)**
- Valgus fémoral gauche et cal osseux fémoral distal précaire (T 93.1)**
- Douleurs et raideurs du genou gauche avec boiterie de décharge (T 91.1)**
- Coxarthrose gauche pré-existante à l'AVP du 16.01.2009 (M 16.1)**
- Hanche droite à ressaut (R 29.4)**

#### **CO-MORBIDITES**

- Syndrome de dépendance aux opiacés, actuellement sous substitution (méthadone) (F 11.22)**
- Syndrome de dépendance au cannabis, utilisation continue (F 12.25)**
- Ethylotabagisme chroniques (F 10.2) (F 17.2)**
- Status après fracture du calcanéum droit en août 2006 traitée conservativement (T 93.2)**
- Antécédents de gastrite chronique à *Helicobacter pylori* (K 29.6) avec syndrome de Mallory-Weiss (K 22.6)**

[...]"

Les Drs W.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ ont exposé que la prise en charge physiothérapeutique entreprise durant le séjour avait permis une amélioration modeste du status du patient, avec augmentation progressive du périmètre de marche avec une seule canne tenue du côté droit, une meilleure mise en charge du membre inférieure gauche et une légère augmentation de la force musculaire, pour les extenseurs et fléchisseurs du genou gauche avec un gain de quelques degrés sur la mobilité active et passive de ce genou. Toutefois, ni la physiothérapie, ni le changement de l'anti-inflammatoire non-stéroïdien n'avaient apporté de soulagement subjectif des douleurs. Sur le plan psychiatrique, il était fait état d'un syndrome de dépendance aux opiacés, actuellement substitué

par Méthadone, et d'un syndrome de dépendance au cannabis, avec utilisation continue, étant précisé que le tableau actuel, du point de vue psychique, ne révélait aucune psychopathologie décompensée. Enfin, les Drs W.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ ont relevé que la situation médicale était loin d'être stabilisée.

Par rapport du 29 mars 2010, les Drs M.\_\_\_\_\_, K.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ (médecin agréé auprès de l'Unité de traumatologie du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier J.\_\_\_\_\_) ont posé les diagnostics de fracture ouverte sus- et intercondylienne du fémur gauche, de fracture intertrochantérienne gauche, de coxarthrose gauche, de gonarthrose gauche, de syndrome de dépendance aux opiacés et au cannabis, et d'éthylotabagisme chronique. Ils ont précisé que l'évolution était défavorable, sans amélioration de la mobilité de la hanche et du genou à plus d'un an du traumatisme, et que l'assuré gardait des douleurs qui entraînaient une boiterie résiduelle. Ils ont indiqué que la reprise de l'activité de maçon était pour l'heure impossible mais qu'un travail en position assise ne nécessitant pas déplacements ni de ports de charges serait envisageable.

Dans un rapport du 16 juin 2010 adressé à la CNA et ultérieurement communiqué à l'OAI, le Dr T.\_\_\_\_\_ a exposé qu'à près d'une année et demi de son traumatisme, l'assuré présentait une boiterie très importante du membre inférieur gauche, avec pratiquement non-utilisation de son genou et fauchage à la marche, avec battement des bras à chaque pas dans le cabinet, alors qu'à l'extérieur la démarche était beaucoup plus fluide; en outre, sa compréhension du français était très mauvaise et son expression en français très limitée. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'une ablation du matériel d'ostéosynthèse allait être proposée dans un premier temps et que, dans un second temps, il y aurait lieu de renvoyer l'assuré à la Clinique V.\_\_\_\_\_ pour lui permettre de retrouver la meilleure fonction possible et une meilleure déambulation que ce que l'on observait actuellement à une année et demi après le traumatisme.

Par rapport du 27 juillet 2010, le Dr H.\_\_\_\_\_, du SMR, a retenu les atteintes principales à la santé de douleurs et impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche après fractures complexes du genou et de la hanche gauches. Il a considéré que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de coffreur, mais qu'elle demeurait entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : «*[p]as de marche en terrain accidenté ; pas de longues marches ni de longues stations debout ; pas d'escaliers ; pas d'accroupissement ni d'agenouillement*». Le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé au mois de juin 2010. Il était cependant relevé que l'assuré devait encore subir l'ablation du matériel d'ostéosynthèse puis séjourner à nouveau à la Clinique V.\_\_\_\_\_ pour rééducation.

Dans un rapport du 3 août 2010 à l'attention de l'OAI, le Dr T.\_\_\_\_\_ a signalé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de séquelles d'une fracture intertrochantérienne et d'une fracture sus- et intercondylienne du fémur gauche, de syndrome de stress post-traumatique, et d'ancienne toxicomanie à l'héroïne actuellement substituée par Méthadone. Il a précisé que le pronostic était réservé, que l'assuré présentait une incapacité de travail totale depuis l'accident de janvier 2009, et que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible, respectivement que le rendement y était réduit. Il a indiqué que le matériel d'ostéosynthèse occasionnait des gênes tant proximales que distales sur le fémur gauche et que l'ablation de ce matériel - prévue pour l'automne 2010 - avait pour but de permettre à l'assuré d'acquérir une meilleure démarche, de diminuer ses douleurs, d'augmenter son autonomie à la marche et, de ce fait, d'envisager une reprise de travail dans une activité adaptée. Sur ce dernier point, il a précisé qu'il fallait éviter les activités exercées principalement en marchant, dans différentes positions, accroupi ou à genoux, ainsi que le travail nécessitant de soulever/porter, de monter sur une échelle ou un échafaudage et de monter des escaliers. Il a ajouté qu'était exigible une activité uniquement en position assise, éventuellement en station debout, que les travaux exécutés en se penchant ou avec les bras au-dessus de la tête pouvaient être effectués en position assise, et que la rotation en position assise était

envisageable mais pas en position debout. Il a estimé que la capacité de concentration, de compréhension et d'adaptation ainsi que la résistance de l'assuré étaient limitées.

L'ablation du matériel d'ostéosynthèse a été effectuée le 19 août 2010, au Centre hospitalier J.\_\_\_\_\_. Il s'en est suivi une hospitalisation jusqu'au 23 août 2010.

Par rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2010 adressé à l'OAI, les Drs N.\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant au Centre hospitalier J.\_\_\_\_, ont indiqué les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de status post ostéosynthèse d'une fracture intertrochantérienne gauche le 17 janvier 2009, et de status post ostéosynthèse d'une fracture ouverte sus- et intercondylienne du fémur gauche (Gustillo II) le 17 janvier 2009. Ils ont précisé que suite à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, le patient présentait les mêmes douleurs qu'auparavant, avec présence d'une boiterie à la marche qui n'était possible qu'avec une canne, que la flexion du genou était limitée, que la mobilisation de la hanche était douloureuse, et qu'il avait été décidé d'adresser à nouveau l'assuré à la Clinique V.\_\_\_\_ pour réévaluation des possibilités d'amélioration de la mobilité et des douleurs du membre inférieur gauche. Ces médecins ont indiqué que l'incapacité de travail dans l'activité de maçon était totale depuis le 17 janvier 2009, que les restrictions physiques étaient dues à une impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche chez un travailleur de force avec marche en charge impossible, et que l'activité exercée n'était plus exigible d'un point de vue médical. Ils ont ajouté qu'une activité assise à temps partiel pourrait être envisageable après rééducation à la Clinique V.\_\_\_\_, que le travail avec les bras au-dessus de la tête était exigible, mais qu'il fallait exclure les autres activités listées dans le formulaire de l'OAI (soit les activités s'exerçant en position debout, dans différentes positions ou principalement en marchant, ainsi que les activités requérant de se pencher, de travailler accroupi, à genoux ou en rotation en position assise/debout, de soulever/porter des poids, ou de monter sur une échelle, un échafaudage ou des escaliers). Ils ont estimé

que la capacité de concentration devrait être examinée par un psychiatre et que la résistance de l'assuré était limitée.

L'assuré a effectué un nouveau séjour à la Clinique V. \_\_\_\_\_ du 21 décembre 2010 au 9 février 2011. Les Drs W. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_, médecin assistant à la Clinique V. \_\_\_\_\_, ont formulé les observations suivantes dans leur rapport du 4 mars 2011 :

#### **"DIAGNOSTIC PRINCIPAL**

***- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs persistantes à la hanche et au genou gauches***

#### **DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES**

- AVP le 16.01.2009 avec :***
  - fracture ouverte sus- et inter-condylienne du fémur gauche***
  - fracture inter-trochantérienne gauche***
  - TCC léger***
- AMO d'une plaque d'ostéosynthèse fémorale gauche le 19.08.2010***
- Ostéosynthèse de ces fractures en 2 temps le 17.01.2009 et le 22.01.2009***
- Valgus fémoral gauche et cal osseux fémoral distal précaire***
- Gonarthrose gauche tri-compartmentale gauche***
- Hanche droite à ressaut***
- Coxarthrose gauche pré-existante à l'AVP du 16.01.2009***
- 05.01.2011 : infiltration grand trochanter gauche par corticoïdes pour tendinite du moyen fessier***
  
- Syndrome de dépendance aux opiacés, actuellement sous substitution (méthadone)***
- Syndrome de dépendance au cannabis, utilisation continue***
- Ethylotabagisme chronique***
- Antécédent de fracture du calcanéum droit en août 2006 traitée conservativement***
- Antécédent de gastrite chronique à Hélicobacter pylori avec syndrome de Mallory-Weiss***

[...]

#### **APPRECIATION ET DISCUSSION**

1. A l'arrivée, M. G. \_\_\_\_\_ se plaint de douleurs au niveau de la hanche gauche, notamment au niveau du pli inguinal lors de la marche, ainsi que de douleurs au niveau de la face latérale externe et proximale de la cuisse, irradiant à la fesse gauche, en position assise, après une heure de temps. En outre, les gonalgies localisées à la face latérale externe de la rotule gauche sont décrites lors de la montée-descente d'escaliers, à la marche sans canne ou bien après une heure de marche avec la canne. [...]

[...]

Le bilan radiologique post-AMO à notre disposition date du 20.08.2010 et met en évidence une coxarthrose avec multiples ostéophytes au niveau des grand et petit trochanters, une gonarthrose bi-compartmentale (fémoro-patellaire et du compartiment interne). Présence de trois vis inter-condyliennes dont l'une aurait la tête en regard de la face antérieure du condyle latéral externe.

Un bilan radiologique de contrôle, du 27.12.2010, met en évidence une bonne consolidation à la fois au niveau des extrémités supérieure et inférieure du fémur gauche, ainsi qu'une gonarthrose tri-compartmentale, plus marquée au niveau du compartiment interne pour le genou gauche. Pas d'atteinte décelable au niveau du genou droit. Aspect inchangé de l'arthrose de la hanche gauche, avec pincement intersomatique supérieur, associé à des éléments ostéophytaires minimes. Pas d'atteinte au niveau de la hanche droite.

Du consilium orthopédique du 12.01.2011, il est retenu la présence d'une petite bursite irritative au niveau condylien interne du genou gauche, sur l'endroit de saillie d'une des trois vis abandonnées en profondeur lors de l'AMO. D'autre part, le patient présente une chondropathie rétro-patellaire pas trop invalidante en diminution depuis l'ablation du matériel. Notre orthopédiste-consultant ne propose pas d'ablation du matériel des vis restantes, sauf obligation. Il propose une rééducation à la marche, avec une canne de soutien utilisée du côté opposé.

Concernant la douleur localisée au niveau du grand trochanter gauche, [...] nous réalisons une infiltration le 05.01.2011, [...] avec laquelle le patient ressent une nette diminution de la douleur, permettant une amélioration de la mobilité à la marche.

Avec la prise en charge de physiothérapie [...], on observe en fin de séjour que le patient peut marcher à l'aide d'une canne basse, à une vitesse lente à moyenne. Une amélioration de la force pour le membre inférieur a été remarquée. Cependant, il persiste une boiterie de décharge à gauche, et des douleurs localisées du côté latéral interne de la rotule gauche, en rapport avec la marche [...].

## **2. Sur les plans psychique et neurologique :**

Nous rappelons qu'il s'agit d'un patient ayant un syndrome de dépendance aux opiacés sous substitution de Méthadone et un syndrome de dépendance au Cannabis. [...] A l'arrivée, le patient déclare une perte de la mémoire, et de la concentration depuis l'accident de janvier 2009. A l'examen clinique, il s'agit d'un patient psychiquement ralenti. L'IRM cérébrale du 28.01.2011 montre quelques lésions punctiformes, non spécifiques de la substance blanche sous-corticale, à prédominance frontale sans résidu d'hémosidérine.

Lors de l'examen neuropsychologique des 12.01.2011 et 17.01.2011, le patient signale de nombreuses plaintes [...], dont des

troubles du sommeil et une photophobie ressentis comme des problèmes graves; la tristesse et la nervosité entre autre, comme modérées et des maux de tête qui constituent un problème léger. La neuropsychologue retient au premier plan des troubles attentionnels modérés à sévères, des déficits modérés de la mémoire antérograde verbale et un fléchissement exécutif (baisse de l'incitation).

Le neurologue, après évaluation de tous les éléments (IRM, examen neuropsychologique, examen neurologique), considère que le patient a probablement été victime d'un TCC léger au moment de l'accident, mais le bilan est rassurant, montrant des déficits cognitifs peu spécifiques, qui peuvent être attribués à la prise de substances psycho-actives et à la Méthadone.

Le psychiatre ne retient aucune psychopathologie manifeste, hormis les dépendances (opiacés et Cannabis). Il propose la poursuite de la médication actuelle de façon inchangée, tout comme le suivi spécialisé au Centre P. \_\_\_\_\_ à [...].

### **3. Sur le plan socio-professionnel :**

Le patient a travaillé comme maçon-coffreur depuis 2001. Lors de l'accident de janvier 2009, il était au chômage.

[...]

Pour essayer de préciser au mieux les aptitudes fonctionnelles actuelles, une évaluation des capacités fonctionnelles [...] a été pratiquée, le 12.01.2011. Au questionnaire PACT, qui apprécie ses propres capacités fonctionnelles par le patient, le score atteint est de 90, ce qui correspond à un niveau d'effort inférieur à sédentaire, ou essentiellement assis. Lors des tests on peut se rendre compte que le patient estime correctement ses aptitudes fonctionnelles. Concernant le test de port de charges, la volonté de donner le maximum a été incertaine, en raison d'arrêt relativement prématuré des tests, du fait d'une auto-limitation et d'un manque de force. Le niveau de cohérence durant l'évaluation a été moyen, et des discordances ont été relevées. [...] Le niveau d'effort retenu lors des tests est d'un niveau léger, qui correspond effectivement à la propre évaluation du patient [...].

Le patient n'a pas de formation qualifiée. Une évaluation aux ateliers professionnels auprès des psychologues OSP a été pratiquée.

Lors des activités en atelier, il a été constaté des difficultés à assimiler certaines consignes, ce qui rejoint les divers déficits relevés à l'examen neuropsychologique. Compte tenu de [s]es troubles physiques et de ses déficits psychiques, le suivi par d'autres mesures de réadaptation professionnelle a été arrêté.

Actuellement, du point de vue médical, la situation est stabilisée. Les limitations sont la position debout ou assise prolongée, la position à genoux ou accroupie, monter-descendre des échelles, la marche sur terrains irréguliers, les ports de charges. Dans une activité adaptée, qui respecte ses limitations, la capacité de travail peut être à notre avis, au moins 50%. Dans sa profession de maçon-coffreur, la capacité de travail est définitivement nulle. Un

changement de profession est indiqué. [...] Le retour au travail risque d'être difficile, chez ce patient maîtrisant relativement mal le français, sans formation, ayant des antécédents de syndrome de dépendance aux opiacés, actuellement substitué par Méthadone, comme comorbidité.

**En conclusion :**

[...] La situation est médicalement stabilisée et le patient devra bénéficier d'un reclassement professionnel. Il faudrait avant tout qu'il puisse améliorer son français oral et écrit. Dans une activité plus légère, théoriquement dans une activité alternant les positions assise, debout et respectant les limitations fonctionnelles précisées ci-dessus, le patient peut à notre avis travailler au moins à 50%. Au vu des facteurs psycho-sociaux défavorables, une reprise d'activité sera difficile."

Par avis médical SMR du 17 mars 2011, le Dr H. \_\_\_\_\_ a retenu, sur la base des observations précitées des médecins de la Clinique V. \_\_\_\_\_, qu'aux limitations fonctionnelles touchant le membre inférieur gauche décrites dans le précédent rapport SMR du 27 juillet 2010 s'ajoutaient des troubles attentionnels et un fléchissement exécutif, et que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50% dès le mois de mars 2011, l'assuré étant depuis lors apte à la réadaptation.

Par communication du 6 juin 2011, l'OAI a accordé à l'assuré une mesure de réinsertion sous la forme d'un entraînement progressif auprès de la Fondation O. \_\_\_\_\_, du 6 juin au 2 septembre 2011.

Selon le bilan intermédiaire de cette fondation du 5 juillet 2011, il était relevé que l'intéressé avait œuvré 8 heures par semaine du 6 au 24 juin 2011, puis 10 heures par semaine du 27 juin au 5 juillet 2011, qu'il avait réalisé 14 des 15 demi-journées de travail prévues, qu'il présentait des difficultés physiques susceptibles de le freiner, que sa place de travail avait dû être adaptée, et qu'il pouvait exprimer de la fatigue en fin de matinée. La lecture de la langue française paraissait être un obstacle à la compréhension des consignes, l'intéressé intervertissant parfois les consignes mais parvenant toutefois à trouver des stratégies pour obtenir de bons résultats; sur ce plan, on ne pouvait distinguer les problèmes d'attention (mémoire) des problèmes de compréhension. Enfin,

il était souligné que l'assuré bénéficiait d'une très bonne habilité manuelle, qu'il se montrait débrouillard et était doté d'une facilité d'apprentissage.

Aux termes d'un rapport d'évaluation de la Fondation O.\_\_\_\_\_ du 6 août 2011, il ressortait que pour la période du 6 juillet au 6 août 2011, l'assuré avait effectué en moyenne 7 heures hebdomadaires de travail au lieu des 10 heures prévues, qu'il avait été présent durant 14 des 20 demi-journées de stage initialement agendées, qu'il avait exprimé de la fatigue dès 2h30 d'activité et que le temps de récupération paraissait difficile après l'atelier. Il était souligné qu'au cours de ce deuxième mois de stage, aucune indication n'avait pu être recueillie sur les soucis de concentration que l'assuré avait évoqués lors du premier mois, qu'il avait notamment pu recevoir plusieurs consignes à la fois sans se montrer dispersé, qu'il avait en outre de très bonnes compétences manuelles et qu'il travaillait avec minutie et précision et faisait preuve de conscience professionnelle. Cela étant, attendu que les douleurs physiques avaient augmenté depuis le dernier bilan et qu'il était impossible pour l'heure d'augmenter le taux de présence, la Fondation O.\_\_\_\_\_ a considéré que l'état de santé actuel ne permettait pas d'atteindre les objectifs fixés en endurance et qu'il y avait lieu d'interrompre la mesure au 12 août 2011.

Dans un rapport du 27 août 2011 à l'attention de l'OAI, le Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic incapacitant de polyarthrose post-traumatique, depuis 2009. Il a précisé que les douleurs étaient actuellement supportables mais qu'elles empêchaient l'assuré de travailler, que le pronostic était réservé, que l'entière incapacité de travail débutée le 17 janvier 2009 se poursuivait à ce jour, et que l'intéressé ne pouvait exercer une activité physique sans avoir des douleurs. Pour le surplus, le Dr Y.\_\_\_\_\_ a renvoyé au rapport établi par les médecins de la Clinique V.\_\_\_\_\_ le 4 mars 2011.

Par avis du 26 septembre 2011, le Dr Q.\_\_\_\_\_, du SMR, a observé que le Dr Y.\_\_\_\_\_ renvoyait aux conclusions des spécialistes de

la Clinique V.\_\_\_\_\_ et que les limitations fonctionnelles n'avaient pas changé. Il a estimé que dans ces conditions, une expertise n'était pas nécessaire.

Selon un avis juriste de l'OAI du 31 octobre 2011, il était relevé que le rapport de la Clinique V.\_\_\_\_\_ du 4 mars 2011 mentionnait une capacité de travail de 50% au moins, que cette formulation laissait subsister un doute quant à l'exigibilité exacte, et qu'il y avait lieu de s'enquérir auprès du SMR des raisons pour lesquelles une exigibilité de 50% avait été retenue.

Aux termes d'un avis médical SMR du 21 décembre 2011, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a souligné que l'assuré présentait des séquelles ostéo-articulaires évidentes de sa fracture (boiterie, douleurs, faiblesse du membre inférieur gauche), une atteinte dégénérative sous forme d'une chondropathie rétro-patellaire, une gonarthrose et une coxarthrose gauches, ainsi que des troubles neuropsychologiques secondaires à un traumatisme crânio-cérébral et à la consommation de substances psychoactives (troubles attentionnels modérés à sévères, déficits modérés de la mémoire antérograde, fléchissement exécutif). Il a estimé que cette conjonction justifiait une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Il a relevé que si le rapport de la Clinique V.\_\_\_\_\_ fixait à au moins 50% la capacité de travail dans une activité adaptée, cette locution devait davantage être comprise comme une façon de parler que comme l'indication d'une capacité de travail largement supérieure à 50%; sur ce point, il a estimé que la marge d'imprécision était de moins de 10%. Il a observé que s'il avait été possible d'être plus précis, les experts de la Clinique V.\_\_\_\_\_, rompus à cet exercice, auraient sans doute été plus catégoriques. Enfin, il a rejoint ces médecins pour considérer que la reprise d'une activité serait difficile compte tenu de facteurs psychosociaux défavorables.

Selon un avis juriste de l'OAI du 6 février 2012, il y avait lieu de retenir une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, avec des limitations fonctionnelles d'ordre somatique et neuropsychologique.

S'agissant de l'aspect neuropsychologique, il était précisé que les limitations étaient compatibles avec l'exercice d'une activité simple et répétitive selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). A cet égard, il ressortait du rapport du 5 juillet 2011 de la Fondation O. \_\_\_\_\_ que l'assuré trouvait des stratégies pour pallier à ses difficultés de mémoire ou de compréhension et apprenait facilement; en outre, selon le rapport de cette fondation du 6 août 2011, aucune indication n'avait pu être trouvée concernant les soucis de concentration évoqués par l'assuré au début du stage, l'intéressé ayant du reste pu recevoir plusieurs consignes à la fois sans se montrer dispersé. Concernant la perte de gain, il était observé que l'entreprise P. \_\_\_\_\_ SA avait licencié l'assuré pour le 31 décembre 2008 - soit avant son accident - en raison d'un manque de capacité en qualité de charpentier, que ce dernier n'aurait donc pas poursuivi son activité au sein de cette entreprise même sans son atteinte à la santé, et que par conséquent le revenu sans invalidité devait être calculé sur la base de l'ESS 2010 et s'élevait ainsi à 61'164 fr. 48. Quant au revenu avec invalidité, il était arrêté à 25'994 fr. 90 en fonction de l'ESS 2010, d'un taux d'activité de 50%, et d'un abattement de 15% eu égard aux limitations fonctionnelles et au temps partiel. Il en résultait un préjudice économique de 58%. A titre d'exemple d'activités adaptées étaient mentionnées des activités sédentaires type industriel léger, tri de pièces, montage, démontage, emboîtage sans grande technique d'apprentissage, gravure, ou cordonnerie. Pour ce qui était de la réadaptation, seule une aide au placement sur demande était envisageable.

**c)** Par décision du 8 mai 2012 confirmant un projet de décision du 7 février 2012, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 mai 2011 sur la base d'un degré d'invalidité de 100%, puis d'une demi-rente à compter du 1<sup>er</sup> juin 2011 eu égard à un taux d'invalidité de 58%. Dans sa motivation, l'office a exposé ce qui suit :

**"Résultat de nos constatations :**

Vous exercez l'activité de charpentier.

Pour raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 16 janvier 2009. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévue par l'art. 28 LAI [...].

A l'échéance du délai en question, soit au 16 janvier 2010, et après consultation des éléments médicaux de votre dossier par le Service Médical Régional, nous constatons que votre incapacité de travail est totale.

A cette date, votre degré d'invalidité est donc de 100%.

Un stage à la Clinique V. \_\_\_\_\_ à [...] a permis de déterminer que votre capacité de travail est de 50% dans une activité adaptée à votre état de santé et à vos limitations fonctionnelles (pas de marche en terrain accidenté ; pas de longues marches ni de longues stations debout ; pas d'escaliers ; pas d'accroupissement ni d'agenouillement ; troubles attentionnels ; fléchissement exécutif), depuis le mois de mars 2011.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidité [...]. On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou la valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010 (année d'ouverture du droit à la rente [...]), CHF 4'901.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA1 ; niveau de qualification 4).

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 2010 (41,6 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'097.04 (CHF 4'901.00 x 41.6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 61'164.48.

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 50%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 30'582.24 par année.

[...]

Compte tenu de vos limitations et de vos années de service, un abattement de 15% sur le revenu d'invalidité est justifié.

Le revenu d'invalidité s'élève ainsi à CHF 25'994.90.

**Comparaison des revenus :**

sans invalidité CHF 61'164.48

avec invalidité CHF 25'994.90  
La perte de gain s'élève à CHF 35'169.58 = un degré d'invalidité de 57.50%

**Notre décision est par conséquent la suivante :**

Du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 mai 2011, le droit à une rente entière, basée sur un degré d'invalidité de 100% est ouvert.  
Dès le 1<sup>er</sup> juin 2011, le droit à la demi-rente, basée sur degré d'invalidité de 58% est ouvert."

**d)** Entre-temps, par communication du 13 février 2012, la CNA a mis fin à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières en lien avec l'accident du 17 janvier 2009, avec effet au 31 mars 2012 au soir. Puis, par décision du 23 avril 2012, la caisse a alloué à l'assuré une rente d'invalidité mensuelle de 2'458 fr. 75, compte tenu d'une incapacité de gain de 60%, et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 37'800 fr., compte tenu d'une diminution de l'intégrité de 30%.

**B. a)** Agissant par l'entremise de son conseil, G.\_\_\_\_\_ a recouru le 11 juin 2012 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision de l'OAI du 8 mai 2012, concluant principalement à sa réforme et à l'octroi d'un trois quarts de rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juin 2011, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Préliminairement, le recourant sollicite l'octroi de l'assistance judiciaire. Sur le fond, il conteste le taux d'abattement de 15% opéré par l'intimé sur le revenu d'invalidé. A cet égard, il fait valoir que les Drs W.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_ ont signalé d'importantes limitations dans leur rapport du 4 mars 2011, dont il ressort que la position debout ou assise prolongée ne peut être maintenue en raison de douleurs aiguës et persistantes de la jambe gauche, et que la position à genoux ou accroupi, la marche sur terrains irréguliers ou le port de charges sont extrêmement difficiles. Il ajoute qu'il souffre de déficits cognitifs qui ne lui permettent pas d'assimiler certaines consignes et directives et qui ont fait échec à toute mesure de réadaptation. Il se prévaut également d'importantes comorbidités, dont un syndrome de dépendance aux opiacés actuellement substitué par méthadone, et un syndrome de stress post-traumatique. Il

souligne de surcroît qu'il est de langue maternelle portugaise, qu'il s'exprime dans un français approximatif à l'oral et ne maîtrise pas cette langue à l'écrit, qu'il a uniquement suivi une scolarité de base et qu'il n'a aucune formation professionnelle. Il allègue encore que pour les médecins qui l'ont examiné, la reprise d'une activité lucrative semble extrêmement difficile. Au vu de ces éléments, il estime qu'un taux d'abattement de 25% doit être appliqué au revenu d'invalidité, portant ainsi le degré d'invalidité à 62,5% et ouvrant par conséquent le droit à un trois quarts de rente AI. Il ajoute qu'avec un taux d'abattement de 20%, le degré d'invalidité obtenu, de 60%, permet également de prétendre à un trois quarts de rente. Enfin, il produit un onglet de pièces à l'appui de ses allégués.

**b)** En date du 18 juin 2012, le juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 11 juin 2012, et désigné son mandataire, Me Ana Rita Perez, en tant qu'avocat d'office.

**c)** Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 24 juillet 2012. En substance, l'OAI relève que la situation du recourant a fait l'objet d'une appréciation globale, à la lumière de l'ensemble des facteurs personnels et professionnels entrant en ligne de compte. L'office ajoute que, contrairement à ce que soutient l'intéressé, des paramètres tels que le manque de formation professionnelle ou la capacité d'apprentissage réduite ne sont pas déterminants au vu des activités simples et répétitives exigibles. Ainsi, l'intimé considère ne pas avoir abusé de son pouvoir d'appréciation.

**d)** Aux termes de sa réplique du 27 août 2012, le recourant relève que les déterminations de l'intimé n'appellent pas d'explications supplémentaires.

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

**1.** **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 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 (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; cf. RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'occurrence, le litige porte sur l'étendue du droit à la rente dès le 1<sup>er</sup> juin 2011, singulièrement sur la question du taux d'abattement à appliquer sur le revenu d'invalidé pour cette période.

**3. 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 (cf. 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. Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, 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 un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

**b)** Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. art. 16 LPGA). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible - le revenu d'invalide peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1). On réduira toutefois les montants des salaires ressortant de ces données en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalide (cf. pour le surplus consid. 5b/aa infra).

**c)** Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 125 V 413 consid. 2d). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]).

**4.** En l'espèce, aux termes de la décision querellée du 8 mai 2012, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 mai 2011 fondée sur un taux d'invalidité de 100%, suivie d'une demi-rente à partir du 1<sup>er</sup> juin 2011 basée sur un taux d'invalidité de 58%.

**a)** Il n'y a pas lieu de remettre en cause le droit du recourant à une rente AI entière pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 mai 2011 eu égard à un taux d'invalidité de 100%, cet aspect de la décision n'étant pas critiqué par les parties.

**b)** Pour ce qui est de la période subséquente, le recourant ne soulève aucun grief à l'encontre de l'évaluation de sa capacité de travail telle qu'effectuée par l'intimé. En particulier, il ne conteste pas l'exigibilité fixée par l'OAI à 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, depuis mars 2011, sur la base du rapport du 4 mars 2011 des Drs W.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_ de la Clinique V.\_\_\_\_\_. Il n'y a donc pas lieu de se pencher davantage sur cette question dans le cadre de la présente affaire.

S'agissant du préjudice économique, l'assuré ne discute pas la «*base de calcul*» (cf. mémoire de recours du 11 juin 2012 p. 6) retenue par l'office intimé, à savoir le revenu sans invalidité arrêté à 61'164 fr. 48 et le revenu avec invalidité estimé à 30'582 fr. 24. Les critiques du recourant se rapportent uniquement à l'abattement opéré par l'OAI sur le revenu d'invalidité de 30'582 fr. 24, cette déduction ayant été limitée à 15% par l'office et ayant ainsi abouti à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2011 (cf. art. 88a al. 1 RAI, consid. 3c supra), alors que le recourant se prévaut d'un taux de 20% ou 25% qui lui permettrait de prétendre à un trois quarts de rente AI à partir du 1<sup>er</sup> juin 2011.

**5.** Le recourant considère plus spécifiquement que le taux d'abattement de 15% retenu par l'OAI ne tient pas suffisamment compte des circonstances du cas d'espèce, à savoir qu'il présente d'importantes limitations fonctionnelles somatiques, des déficits cognitifs et des comorbidités, qu'il est de langue maternelle portugaise, qu'il a une connaissance du français approximative à l'oral et lacunaire à l'écrit, qu'il a uniquement suivi une scolarité de base, qu'il n'a aucune formation professionnelle, et que le retour à la vie active est considéré comme extrêmement difficile par les médecins qui l'ont examiné.

**a)** Il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (cf. ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première

instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25% serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2).

**b)** Reste à examiner si le taux d'abattement de 15% retenu par l'OAI s'avère justifié en l'occurrence, au vu des principes jurisprudentiels énoncés ci-dessus.

**aa)** La déduction opérée par l'intimé repose notamment sur les multiples limitations fonctionnelles du recourant tant somatiques que neuropsychologiques, soit : pas de marche en terrain accidenté, pas de longues marches ni de longues stations debout, pas d'escaliers, pas d'accroupissement ni d'agenouillement, troubles attentionnels, fléchissement exécutif (cf. décision du 8 mai 2012). Ces limitations sont sans conteste de nature à influencer sur les perspectives salariales de l'assuré, en tant qu'elles sont susceptibles de constituer un désavantage par rapport à des travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels.

Sur le plan somatique, il est vrai que dans la décision litigieuse, l'office a considéré – sur la base de l'avis du SMR (cf. rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ des 27 juillet 2010 et 17 mars 2011) – que seule la station debout prolongée était inadéquate et n'a pas mentionné de limitation

quant au port de charge, alors même que les spécialistes de la Clinique V.\_\_\_\_\_ ont considéré que la position assise prolongée et le port de charges devaient également être évités (cf. rapport du 4 mars 2011 p. 5), et qu'une activité adaptée devrait permettre d'alterner les positions assise et debout (cf. ibid. p. 6). Cette unique divergence – qui se rapporte non pas à la nature des limitations fonctionnelles, mais uniquement à leur portée – ne justifie toutefois pas encore à elle seule de considérer comme inopportun l'abatement retenu par l'intimé.

Sous l'angle neuropsychologique, le recourant prétend à tort que ses troubles neuropsychologiques auraient mis en échec sa réadaptation (cf. mémoire de recours du 11 juin 2012 p. 7, 1<sup>er</sup> paragraphe). En effet, il appert que la réadaptation professionnelle tentée à la Clinique V.\_\_\_\_\_ a été interrompue par l'effet combiné des troubles physiques et des déficits neurologiques (cf. rapport du 4 mars 2011 p. 5), et que la mesure de réinsertion professionnelle initiée auprès de la Fondation O.\_\_\_\_\_ a été abandonnée du seul fait des douleurs physiques (cf. rapport d'évaluation du 6 août 2011 p. 4). Il faut de surcroît relativiser l'allégation de l'assuré selon laquelle ses déficits cognitifs l'empêcheraient d'assimiler certaines consignes et directives (cf. mémoire de recours du 11 juin 2012 p. 7, 1<sup>er</sup> paragraphe), attendu que les intervenants de la Fondation O.\_\_\_\_\_ ont pu constater que ce dernier rencontrait certes des difficultés à intégrer certaines consignes, mais que l'on ne pouvait toutefois distinguer les problèmes d'attention (mémoire) des problèmes de compréhension, que l'assuré parvenait malgré tout à trouver des stratégies pour obtenir de bons résultats (cf. bilan intermédiaire du 5 juillet 2011 p. 3), et qu'en définitive on ne trouvait pas d'indication aux troubles de concentration qu'il évoquait (cf. rapport d'évaluation du 6 août 2011 p. 3). Dans ces conditions, on ne peut que constater que le recourant ne démontre pas en quoi ses limitations neuropsychologiques auraient été insuffisamment prises en compte par l'intimé.

C'est par ailleurs en vain que le recourant se prévaut  
*«d'importantes comorbidités, dont notamment un syndrome de*

dépendance aux opiacés [...] ainsi qu'un syndrome de stress post-traumatique» (cf. mémoire de recours du 11 juin 2012 p. 7, 2<sup>ème</sup> paragraphe). A ce propos, il faut rappeler que les Drs W.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_ ont exposé dans leur rapport du 4 mars 2011 (p. 5) - dont le recourant ne conteste pas les conclusions - que l'examen psychiatrique réalisé à la Clinique V.\_\_\_\_\_ ne mettait en évidence aucune psychopathologie manifeste hormis une dépendance aux opiacés substituée par Méthadone et une dépendance au cannabis, et que l'examen neurologique montrait des déficits cognitifs peu spécifiques pouvant être attribués à la prise de substances psycho-actives et à la Méthadone. Il découle de ce qui précède, d'une part, que lorsque le rapport du 4 mars 2011 a été établi, l'assuré ne présentait aucun signe de syndrome de stress post-traumatique; peu importe, du reste, que ce diagnostic ait dans un premier temps été évoqué dans les suites de l'accident du 17 janvier 2009 (cf. rapports de la Dresse R.\_\_\_\_\_ et du Dr X.\_\_\_\_\_ [12 mars 2009], du Dr K.\_\_\_\_\_ [des 1<sup>er</sup> mai 2009, 23 juin 2009, 12 janvier 2010 et 23 février 2010] et du Dr T.\_\_\_\_\_ [du 3 août 2010]), l'assuré s'étant vu reconnaître une invalidité de 100% pour cette période (cf. consid. 4a supra). A cela s'ajoute, d'autre part, que les dépendances aux opiacés et au cannabis n'ont nullement été considérées comme proprement incapacitantes par les spécialistes de la Clinique V.\_\_\_\_\_, et que les déficits cognitifs évoqués en lien avec la consommation de substances psycho-actives et de Méthadone se recourent avec les limitations admises sous l'angle neuropsychologique (cf. dans ce sens l'avis médical SMR du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 21 décembre 2011). Le recourant ne peut donc se prévaloir de restrictions supplémentaires outre celles retenues sur les plans somatique et neuropsychologique.

Dans ces conditions, on ne voit pas en quoi les restrictions du recourant n'auraient pas été appréciées à leur juste valeur par l'OAI.

**bb)** Par ailleurs, l'intimé a également tenu compte du taux d'occupation réduit du recourant (50%) dans une activité adaptée, ainsi qu'il appert de l'avis juriste du 6 février 2012 - étant précisé à cet égard

que le fait que la décision entreprise se réfère au critère des années de service en lieu et place de celui du taux d'occupation relève de toute évidence d'une erreur de plume, le critère des années de service ne pouvant s'appliquer à l'assuré qui travaillait depuis moins de deux pour son dernier employeur lorsqu'il a été licencié à la fin décembre 2008 et se trouvait par conséquent au chômage lors de son accident du 17 janvier 2009.

**cc)** Pour le reste, il faut souligner que le recourant, né en 1967, est encore relativement jeune et qu'il bénéficie d'une autorisation de séjour lui permettant de travailler en territoire helvétique. S'il est vrai qu'il a suivi une scolarité de base, n'a pas de formation particulière et dispose manifestement d'une maîtrise toute relative de la langue française, il n'en demeure pas moins que les difficultés linguistiques, le manque de formation professionnelle ou la capacité d'apprentissage réduite ne peuvent être considérés comme des critères déterminants (cf. TF 9C\_297/2011 du 31 janvier 2012 consid. 4.1.5, 9C\_713/2009 du 22 juillet 2010 consid. 4.3 et 9C\_377/2009 du 20 janvier 2010 consid. 4.5) au regard de la nature des activités encore exigibles (selon l'ESS, niveau de qualification 4 : activités simples et répétitives). L'aide au placement, dont la possibilité a été évoquée par l'intimé (cf. réponse du 24 juillet 2012 p. 2 et avis juriste du 6 février 2012 p. 2), devrait dès lors être suffisante, dans la mesure où elle se révélerait nécessaire (cf. TF 9C\_297/2011 précité, loc. cit.). A cela s'ajoute que selon les intervenants de la Fondation O.\_\_\_\_\_, l'assuré a de très bonnes compétences manuelles et bénéficie d'une facilité d'apprentissage (cf. bilan intermédiaire du 5 juillet 2011 p. 4 et rapport d'évaluation du 6 août 2011 p. 4), ce qui ne pourra lui être que favorable pour réintégrer le circuit économique. Peu importe, enfin, que les médecins de la Clinique V.\_\_\_\_\_- comme le Dr Q.\_\_\_\_\_ du SMR (cf. avis médical du 21 décembre 2011) - aient considéré que la reprise d'une activité lucrative serait compliquée au vu des facteurs psychosociaux (cf. rapport des Drs W.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_ de la Clinique V.\_\_\_\_\_ du 4 mars 2011, p. 6), l'assurance-invalidité n'ayant pas à répondre de tels paramètres (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a).

Du reste, les facteurs "étrangers à l'invalidité" ne devraient de toute façon pas être pris en compte pour évaluer le revenu d'invalidé, dès lors que l'autre terme de la comparaison des revenus (à savoir le revenu sans invalidité) a aussi été établi sur la base de l'ESS, sans déduction de ces facteurs. En effet, soit les facteurs étrangers à l'invalidité sont pris en considération pour fixer le revenu de valide comme le revenu d'invalidé découlant de l'ESS, soit ils sont ignorés pour fixer l'un et l'autre revenus (cf. Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2<sup>ème</sup> éd., Zurich/Bâle/Genève 2010, pp. 321 et 323; cf. ATF 134 V 322 consid. 5.2).

**dd)** Cela étant, au vu de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce et compte tenu des critères de réduction que constituent les limitations fonctionnelles du recourant ainsi que le taux d'occupation réduit de ce dernier, la Cour de céans considère que le taux d'abattement de 15% retenu par l'office intimé apparaît approprié et doit donc être maintenu.

**6. a)** En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (cf. art. 49 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr.

Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, seront supportés par le canton, provisoirement (cf. art. 122 al. 1 let a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par

renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

S'agissant du montant de l'indemnité – laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3]) –, le conseil d'office a produit une liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat de sorte qu'elle doit être arrêtée à 9 heures 15 de prestations d'avocat, soit un montant total d'honoraires s'élevant à 1'798 fr. 20, TVA de 8% comprise (cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ). De surcroît, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (cf. ATF 122 I 1). Selon le montant indiqué par le conseil d'office, ceux-ci s'élèvent à 52 fr. 60, auxquels il convient d'ajouter 4 fr. 20 de TVA. L'indemnité d'office du conseil du recourant doit donc être arrêtée à 1'855 fr. (TVA de 8 % comprise).

Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

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

**I. Le recours est rejeté.**

- II. La décision rendue le 8 mai 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Ana Rita Perez, conseil du recourant, est arrêtée à 1'855 fr. (mille huit cent cinquante-cinq francs).
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
- VI. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Ana Rita Perez (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

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

La greffière :