

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 juin 2019

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Oppikofer, assesseur  
Greffier : M. Favez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Y.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Ismael Fetahi, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI ; art. 6, 7, 8, 16 et 17 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** Y.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...], né en [...], a travaillé pour le compte du vigneron-tâcheron J.\_\_\_\_\_ comme ouvrier viticole depuis le 28 avril 2014. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la B.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : la B.\_\_\_\_\_ SA).

Le 9 avril 2015, l'assuré a été victime d'un accident de football occasionnant une fracture de l'extrémité proximale du cinquième métatarsien et par la suite, une pseudarthrose de cette fracture ainsi qu'une probable algodystrophie du pied droit. Il a consulté le 24 avril 2015 l'Hôpital I.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'Hôpital I.\_\_\_\_\_), site de [...] (cf. rapport du 24 avril 2015 de la Dresse P.\_\_\_\_\_, médecin-assistante, et rapport du 27 avril 2015 de la Dresse A.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie), où le diagnostic précité a été posé. Il a ensuite été redirigé au Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_ (ci-après le Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_ ) où le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et la Dresse G.\_\_\_\_\_, médecin-assistante, ont confirmé le diagnostic (rapport du 24 juillet 2015).

Le cas a été pris en charge par la B.\_\_\_\_\_ SA (frais de traitement et indemnités journalières).

Par rapport du 2 novembre 2015, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et la Dresse G.\_\_\_\_\_, médecin-assistante, ont posé le diagnostic de pseudarthrose d'une fracture de pseudo-Jones du cinquième métatarsien droit le 9 avril 2015. Vu la persistance des plaintes et le développement de la pseudarthrose, ils ont posé une indication chirurgicale sous la forme d'une résection du fragment de la base du cinquième métatarsien, précisant que l'assuré était en incapacité de travail totale depuis la date de l'accident (à réévaluer au terme de l'intervention chirurgicale).

L'assuré a été opéré le 20 octobre 2015 (protocole opératoire du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_ du 9 novembre 2015, Dr D.\_\_\_\_\_ et Dresse G.\_\_\_\_\_).

Il résulte du dossier de la B.\_\_\_\_\_ SA que l'assuré a été examiné le 30 novembre 2015 par le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans le cadre d'une expertise commandée par ledit assureur au Centre E.\_\_\_\_\_ à [...]. Le Dr F.\_\_\_\_\_ a retenu une incapacité de travail totale sans interruption du lien de causalité dans son rapport provisoire du 1<sup>er</sup> décembre 2015. Dans son rapport du 31 décembre 2015, il a confirmé les diagnostics de ses confrères hospitaliers et l'incapacité de travail totale qui en découlait.

Le 23 novembre 2015, l'assuré a fait l'objet d'un nouvel examen par les Drs D.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_. Ils ont exposé ce qui suit dans leur rapport du même jour :

« L'évolution post-opératoire est marquée par une allodynie, généralisée à tout le pied associée à une hypo/dyesthésies dans le territoire du nerf sural et péri-cicatricielle. Du point de vue orthopédique, nous avons réséqué la pseudarthrose, le contrôle radiologique du 12.11.2015 est tout à fait satisfaisant.

Le 16.11.2015, nous avons effectué une infiltration de Xylocaïne 2 % péri-cicatricielle et du nerf sural qui a eu un effet bénéfique sur les douleurs et a soulagé la patient pendant plusieurs heures. D'autre part, la cicatrice est tout à fait calme, Il n'y a pas de signe d'infection.

Dans ce contexte, suspicion d'atteinte neurologique du pied droit, nous adressons le patient au Dr Z.\_\_\_\_\_ spécialiste des nerfs en [...] et nous adressons également le patient au Dr AM.\_\_\_\_\_ spécialiste en antalgie au Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_. A noter que le patient prend actuellement du Dafalgan 1 g 4xjour, Irfen 800 mg retard 2x/jour, Tramal retard 100 mg 2x/jour sous protection gastrique par IPP et Tramal 20 gouttes 6x/jour en réserve associés à un traitement de Vitamines C 1g 3 fois par mois dans un contexte de suspicion également de Sudek

Nous prescrivons également des séances d'ergothérapie à but de désensibilisation et désafférentation du membre inférieur droit qu'il aura pendant 4 semaines et sera vu dans 4 semaines à la consultation du Dr Z.\_\_\_\_\_ comme discuté avec lui ce jour.

Nous prolongeons l'arrêt de travail à 100 % jusqu'au contrôle du Dr Z.\_\_\_\_\_ dans 4 semaines. »

Il ressort du rapport de consultation ambulatoire du 21 janvier 2016 du Dr D.\_\_\_\_\_ que le status clinique de l'assuré était identique au contrôle précédent, l'intéressé présentant une allodynie face latérale (territoire du nerf sural) et des douleurs diffuses et nécessitant la poursuite du traitement préconisé par le service d'antalgie.

Dans un rapport du 22 mars 2016, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive et en chirurgie de la main, a posé les diagnostics d'importantes douleurs diffuses du membre inférieur droit d'origine mixte, squelettique et neuropathique et de probable syndrome douloureux régional complexe de type I ou II en phase encore active avec raideur de la cheville, des orteils et troubles sensitifs dans tout le pied, concluant à l'absence d'indication chirurgicale.

Le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie au Centre d'antalgie du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_, a exposé dans un rapport daté du 6 avril 2016 adressé à la B.\_\_\_\_\_ SA, avoir mis en place un traitement antalgique, confirmant que l'incapacité était totale dès le 9 avril 2015 et que le traitement n'était pas terminé.

Après avoir fait l'objet d'une communication de détection précoce adressée le 24 mars 2016 par la B.\_\_\_\_\_ SA à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) et faisant état d'une incapacité de travail totale depuis le 24 avril 2015 consécutive à l'accident du 9 avril 2015, l'assuré a déposé en date du 25 avril 2016 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, invoquant être en incapacité de marcher sans recourir à des béquilles.

Par rapport du 25 avril 2016, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie au Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_, a exposé l'assuré présentait une fracture-tassement ancienne du plateau supérieur de la première vertèbre lombaire (L1) avec perte de hauteur d'environ 60 % du plateau moyen et de 30 % du plateau antérieur, une absence de rétrécissement

foraminal significatif, une discopathie multiétagée prédominant en L3-L4 et L4-L5, une hernie discale ostéophyttaire en L3-L4 au niveau foraminal droit venant au contact de la racine L3 à droite et une atteinte inflammatoire inter-épineuse L4-L5.

Par rapport du 2 juin 2016 adressé à la B. \_\_\_\_\_ SA, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a confirmé son précédent rapport du 6 avril 2016 et l'incapacité de travail totale.

Par rapport du 13 juin 2016, la Dresse K. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et le Dr L. \_\_\_\_\_, médecin-assistant, du Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier C. \_\_\_\_\_ ont posé le diagnostic de douleurs neuropathiques du pied droit après pseudarthrose du cinquième métatarsien et indiqué que l'assuré était suivi par le service d'antalgie. Ils ont constaté une évolution stationnaire et relevé un pronostic réservé en présence d'une symptomatologie au premier plan et d'absence d'évolution au cours des derniers mois. De leur point de vue, l'activité exercée n'était plus exigible et les douleurs au repos étaient telles qu'elles empêchaient pour l'instant d'envisager une remise au travail et ce, même dans un domaine adapté. Seules des activités en position assise pouvaient encore être exigées.

Le 20 juin 2016, l'assuré a fait l'objet d'un examen scintigraphique au Service de médecine nucléaire et d'imagerie moléculaire du Centre hospitalier C. \_\_\_\_\_ qui n'a pas montré de signes de syndrome douloureux régional complexe de la cheville droite, mais qui a identifié une importante arthrose avec composante inflammatoire des articulations tibio-talienne et fibulo-talienne droites et sous-talienne gauche avec remaniements géodiques et hyperostose sous-chondrale.

Le 7 juillet 2016, J. \_\_\_\_\_ a renseigné l'OAI sur l'emploi exercé par l'assuré à son service, indiquant lui avoir versé un salaire mensuel AVS de 3'700 fr. à l'intéressé depuis le 28 avril 2014 (soit 44'400 fr. par an) pour une activité de 49 heures 30 par semaine.

Par rapport du 2 septembre 2016 adressé à la B. \_\_\_\_\_ SA, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a confirmé son précédent rapport du 6 avril 2016 et l'incapacité de travail totale.

Le FRV a confié un nouveau mandat d'expertise au CEMed. Dans un rapport d'expertise bidisciplinaire du 10 janvier 2017, ensuite complété les 7 avril et 19 mai 2017, le Prof. V. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et la Dresse U. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, ont notamment exposé ce qui suit :

« *Situation actuelle et conclusions* »

Sur le plan orthopédique, l'assurée présente des séquelles fonctionnelles d'un syndrome douloureux régional complexe à la suite d'une intervention motivée, au niveau de la base du cinquième métatarsien à droite, par des douleurs ne répondant pas à des traitements conservateurs.

La lésion du cinquième métatarsien n'est pas classique, il ne s'agit pas d'une fracture de type Jones habituel, les radiographies initiales ne sont pas classiques d'une fracture fraîche, les douleurs sont apparues progressivement après la chute du 9 avril 2015. L'arrachement aigu ou la contusion dans une zone d'un ancien arrachement du court péronier serait explicable par le fait que l'expertisé a eu, il y a de nombreuses années une triple arthrodèse de l'arrière pied, la raideur du tarse postérieur concentrant les forces dans le plan frontal au niveau du médiotarse.

La symptomatologie avec des douleurs globales de tout le membre inférieur droit n'est pas explicable par le syndrome douloureux régional complexe ni par les lésions vertébrales. Ces douleurs n'ont d'ailleurs pas trouvé d'issue favorable à la suite des traitements proposés par les consultations spécialisées de la douleur.

Sur le plan neurologique, il s'agit d'un assuré ayant bénéficié le 20.10.2015 d'une intervention au niveau de la base du cinquième métatarsien à droite, motivée, par des douleurs ne répondant pas à des traitements conservateurs.

L'assuré avait chuté le 09.04.2015, et une fracture du 5ème métatarsien avait été mise en évidence à la radiographie le 24.04.2015.

Après l'intervention orthopédique, du 20.10.2015, l'assuré développe une douleur et une impotence fonctionnelle de tout le membre inférieur droit, dont le caractère clinique initial peut faire évoquer un syndrome douloureux régional complexe, de type 1 ou 2.

Le type ne peut être précisé davantage, car l'assuré semble avoir présenté d'emblée une douleur globale sans systématisation

tronculaire permettant de la mettre en lien avec une lésion nerveuse.

Le tableau douloureux ne s'est que partiellement amélioré avec les traitements antalgiques oraux, le traitement approprié pour un syndrome douloureux régional complexe, et la physiothérapie.

Cependant, aucune systématisation neurologique ne peut être mise en évidence.

Quelques éléments de surcharge sont par ailleurs mis en évidence lors de l'examen clinique réalisé lors de cette expertise.

Enfin, la réalisation d'une électroneuromyographie a été refusée par l'expertisé.

Par conséquent, sur le plan neurologique, aucun diagnostic ne peut être retenu et aucune incapacité de travail en découlant.

Les suites de la prise en charge sont à revoir sous l'angle orthopédique et du traitement de la douleur chronique.

**RÉPONSE AUX QUESTIONS DE LA B. \_\_\_\_\_ SA** [rapport du 10 janvier 2017]

---

**1.** *Cette fracture est en relation directe avec l'accident ou s'agit-il d'un cas maladie ou autre.*

---

Il s'agit d'une lésion traumatique de la base du cinquième métatarsien droit sous forme d'une surcharge localisée à la suite d'un traumatisme par chute et d'un état antérieur suite à une arthrodèse tarsienne triple de l'arrière pied droit.

**2.** *État actuel de la cheville*

---

Sur le plan orthopédique, douleurs résiduelles principalement dues à un syndrome douloureux régional complexe pour la partie de la jambe et du pied. Les douleurs plus proximales ne sont pas expliquées par le traumatisme. La cheville est stable et bien orientée.

Sur le plan neurologique, l'assuré se plaint d'une douleur ne correspondant pas à une systématisation tronculaire ou radiculaire, mais découlant d'un syndrome douloureux régional complexe consécutif à l'intervention du 20.10.2015. Ceci est à revoir sous l'angle du traitement de la douleur chronique.

**3.** *La fracture de la colonne vertébrale a une autre origine et à quelle date Y. \_\_\_\_\_ aurait-il pu reprendre le travail.*

---

Sur le plan orthopédique, la fracture vertébrale ou la lésion dystrophique vertébrale, il est difficile d'en faire la différence, n'est pas la conséquence de la chute du 9 avril 2015.

Pour l'instant Y. \_\_\_\_\_ ne peut reprendre son activité de travail dans les vignes à cause du syndrome douloureux régional complexe apparu après la chirurgie qui a été pratiquée à la suite du traumatisme du 9 avril 2015.

Sur le plan neurologique, il n'existe aucune symptomatologie, ni à l'anamnèse ni à l'examen clinique, qui puisse être mise en relation avec cette fracture-tassement L1, d'allure ancienne, non datable, visualisée à l'IRM lombaire du 25.04.2016. Il est impossible sur le plan neurologique de la mettre en relation avec l'accident du 09.04.2015.

---

[...]

[complément 7 avril 2017]

*- Il s'agit d'un cas complexe. Mais pour la B. \_\_\_\_\_ SA, LAA, il ne s'agit que de la cheville D, ayant déjà eu un accident auparavant qui n'était pas du ressort de la LAA. En tant qu'expert mandaté, il faut un avis précis et daté, en précisant à quelle date l'assuré aurait pu reprendre te travail, sans compter toutes les autres pathologies et quel type de travail adapté peut être effectué hors du contexte de la polysymptomatologie.*

---

Sur le plan orthopédique et neurologique, La lésion traumatique du pied contractée en avril 2015 et déjà évaluée par le Dr F. \_\_\_\_\_ pour l'expertise qui vous a été adressée en décembre 2015, n'a pas eu une évolution favorable. A 6 mois du traumatisme, la lésion a nécessité une chirurgie d'excision d'un fragment avec lors l'expertise de 2015 une suspicion d'algodystrophie et lors celle de 2016 par nos soins la confirmation de cette algodystrophie.

Si l'on fait abstraction du problème rachidien et des séquelles de l'arthrodèse de la cheville effectuée il y a de nombreuse année, on constate une évolution défavorable de la fracture du 5ème métatarsien d'avril 2015.

Il existe une algodystrophie clinique du pied droit à mettre en rapport avec les suites de la fracture, ceci ne permet pas à l'expertisé de reprendre son travail dans les vignes ou dans le milieu agricole. Son incapacité actuelle dans l'activité habituelle est totale.

L'expertisé peut accomplir une activité en position assise, ceci depuis le 15 avril 2016, c'est-à-dire 6 mois après la chirurgie.

[...]

[complément 19 mai 2017]

- *Le capacité de travail pour le cas accident uniquement, Y. \_\_\_\_\_ peut-il travailler dans une activité assise à 100 % dès le 15 avril 2016, Est-ce correct ?*

---

Sur le plan orthopédique, oui.

Sur le plan neurologique, oui.

- *L'algodystrophie clinique du pied droit est-elle bien la conséquence de l'accident du 9 avril 2015 ? Si non, quelle est l'origine de l'algodystrophie ?*

---

Sur le plan orthopédique, oui.

Sur le plan neurologique, oui, l'algoneurodystrophie du pied droit est bien la conséquence de l'accident du 9 avril 2015.

- *Le traitement pour la fracture survenue le 9 avril 2015 est-il terminé ? Si non, quelle amélioration peut-on attendre et dans que! délai ?*

---

Sur le plan orthopédique, l'algodystrophie clinique est la suite de la fracture du 9 avril et de son traitement chirurgical, le traitement de l'algodystrophie n'est pas terminé, la durée du traitement jusqu'à guérison n'est pas estimable actuellement.

Sur le plan neurologique, sans objet.

[...] »

Par projet de décision du 17 juillet 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations. Par communication du même jour, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'aide au placement à laquelle l'assuré a renoncé par courrier du 21 août 2017, ne se sentant pas apte à reprendre une activité professionnelle.

L'assuré a présenté ses objections le 12 août 2017, faisant grief à l'OAI de ne pas avoir pris suffisamment de renseignements médicaux au sujet de son handicap, alléguant ne pas être en mesure de reprendre un travail qui demande d'être assis plus de quinze minutes consécutives ou debout sans bouger et soutenant que les douleurs dont ils souffraient étaient difficilement supportables, et ce, même avec le traitement antalgique prescrit. Il a également contesté son employabilité vu son état. Il a encore produit le 20 septembre 2017 un rapport du Dr AB.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie au Centre d'antalgie du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_, daté du 17 juillet 2017. Ce spécialiste a précisé que l'assuré avait bénéficié de plusieurs blocs antalgiques, d'une rééducation sensitive avec une légère amélioration, mais ne permettant toutefois pas l'obtention d'une charge complète du pied droit. En outre, il a exposé qu'un traitement antidépresseur avait eu un effet légèrement bénéfique et qu'après l'échec des traitements conservateurs, une stimulation médullaire était actuellement en discussion. L'assuré a en outre produit des extraits d'un rapport émanant de la Clinique AN.\_\_\_\_\_ à [...] (ci-après : la Clinique AN.\_\_\_\_\_).

Le cas a été soumis au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Dans son avis du 3 octobre 2017, la Dresse AE.\_\_\_\_\_, médecin au SMR a notamment exposé ce qui suit :

« Discussion/conclusion :

L'assuré présente un syndrome douloureux régional complexe du pied D (algoneurodystrophie) suite à une fracture du 5<sup>ème</sup> métatarsien D compliquée d'une pseudarthrose. Les douleurs sont décrites comme intenses et persistent malgré de multiples approches thérapeutiques conservatrices, une

thérapie de stimulation médullaire était en cours de discussion.

Nous pouvons valider la CT nulle dans son activité habituelle, mais en l'état ne pouvons confirmer la CT pleine dans une activité adaptée depuis avril 2016 comme stipulé par les experts. Ceux-ci confirment le diagnostic d'algoneurodystrophie, en précisant bien qu'elle est encore active et en cours de traitement, ils ne définissent pas de limitations fonctionnelles claires et on ne comprend pas comment une CT entière sans perte de rendement serait possible dans une activité exclusivement assise. Les intervenants médicaux précisent d'ailleurs qu'aucune CT n'est envisageable actuellement.

L'assuré a par ailleurs séjourné récemment à la Clinique AN.\_\_\_\_\_, il serait utile d'obtenir leur rapport d'hospitalisation complet pour pouvoir se positionner plus précisément. »

On extrait ce qui suit du rapport de la Clinique AN.\_\_\_\_\_ du 15 septembre 2017 (Dresse AF.\_\_\_\_\_, médecin praticienne, Dresse AC.\_\_\_\_\_, médecin-assistante, Dr AJ.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et Dresse Al.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) :

« **DIAGNOSTIC PRINCIPAL**

- ***Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs de la cheville et du pied droit***

**DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES**

- ***09.04.2015 : traumatisme de la cheville droite, avec :***
  - ***fracture de pseudo-Jones du pied droit, compliquée de pseudarthrose***

[...]

**APPRECIATION ET DISCUSSION**

A l'entrée, le patient se plaint d'une douleur localisée à la totalité de la cheville qu'il déclare ne pas pouvoir être touchée. Elle est estimée à 9/10 au repos, totalement insomnante, il déclare ne jamais dormir. Il déclare ne pas pouvoir charger sur son membre inférieur. Il présente des douleurs lombaires droites, irradiant à la face latérale de la cuisse et de la jambe.

Ses activités quotidiennes sont sédentaires et c'est un ami qui l'aide pour faire ses courses. Le périmètre de marche annoncé est de 10 minutes avec béquilles.

L'examen clinique est décrit ci-dessus.

Examens radiologiques :

[...]

**03 et 10.08.2017 - RX pieds et chevilles ddc :** hallux-valgus bilatéral. Arthrose astragalo-naviculaire dorsale droite. Ostéopénie diffuse de l'astragale, ainsi que de l'os calcanéen droit, associée à une arthrodèse talo-calcanéenne droite. Début de conflit infra-malléolaire interne ddc. Plusieurs arrachements infra-malléolaires externes à droite.

Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue.

Une algodystrophie a été évoquée en raison de la persistance de la douleur en post-opératoire, mais la scintigraphie effectuée en juin 2016 n'allait pas dans ce sens. Au cours du séjour il n'a pas été observé de signe d'algodystrophie "active", et on peut considérer qu'il présente actuellement un stade "séquellaire". L'examen neurologique et ENMG ne trouvent pas d'argument en faveur d'une lésion neurologique.

Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour.

Des facteurs contextuels jouent un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par le patient et influencent défavorablement le retour au travail : cotation très élevée de la douleur, catastrophisation et kinésiophobie très élevées, sous-évaluation majeure de ses capacités fonctionnelles, faible niveau scolaire, non maîtrise du français. Longue période sans travailler. patient revendicateur envers le milieu médical et celui des assurances, qui met en échec tous les traitements proposés. patient dont la principale demande est l'obtention d'une rente.

Pendant le séjour, le patient a suivi les prises en charge ci-dessous:

- physiothérapie
- ergothérapie
- psychosomatique.
- service social

Le traitement antalgique par Flector patches a été arrêté car le patient décrit qu'il n'a aucun effet sur les douleurs. Un traitement par Dafalgan 1 g 3 x/jour, et Brufen 400 mg 1-2/jour si besoin a été instauré et son efficacité doit être réévaluée.

L'évolution subjective et objective est non significative (Cf. rapports et tests fonctionnels).

La participation du patient aux thérapies a été considérée faible. Y. \_\_\_\_\_ étant très fixé sur ses douleurs et limitations, la réalisation d'un programme de rééducation a été difficile à mettre en place.

Des incohérences ont été relevées : par exemple, le patient déclare ne pouvoir charger le pied et ne pouvoir se mettre debout au moment des examens médicaux, alors que l'on a pu observer une marche sans moyen auxiliaire en dehors des examens.

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues : marches prolongées. Ports de charges moyennes à lourdes. Montées et descentes répétitives d'escaliers. Stations debout prolongées. positions à genoux ou accroupies.

La situation est stabilisée du point de vue médical.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée. Au vu de l'importance des facteurs contextuels, il faut être très prudent quant à des interventions invasives.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable (facteurs médicaux retenus après l'accident ; facteurs non médicaux ; facteurs médicaux sans lien avec l'accident).

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est défavorable (facteurs non médicaux).

[...]

Dans une activité adaptée, sédentaire, essentiellement en position assise, la capacité de travail est totale. Cette évaluation reste purement théorique, car le patient décrit être incapable d'effectuer un travail quel qu'il soit et estime qu'il devrait recevoir une rente.

#### **INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE D'OUVRIER AGRICOLE, AIDE-VIGNERON**

- 100 % pour une longue durée.

[...]

#### **Consilium psychiatrique du 4 août 2017**

[...]

#### **Appréciation initiale et propositions thérapeutiques**

Suite à l'évaluation réalisée ce jour dans des conditions laborieuses à la fois pour moi-même et l'interprète, chez un patient comprenant manifestement le français, globalement opposant, semblant prendre la situation à la légère et sans signe d'inquiétude manifeste pour sa santé, je ne retiens pas de diagnostic psychiatrique particulier. En effet, la présentation clinique semble marquée principalement par des problèmes asséculogiques chez un patient qui se montre revendicateur et qui objectivement ne manifeste durant l'entretien aucun signe de souffrance physique ou psychique.

Il semble probable que les difficultés asséculogiques contribuent aux plaintes de façon majeure.

Dans ce contexte, je n'ai aucune proposition particulière à formuler concernant une prise en charge durant le séjour.

#### **ENMG du 18 août 2017**

[...]

#### **Conclusion**

Cet examen ne permet donc pas de retenir une atteinte des structures nerveuses au membre inférieur droit. On trouve une altération de la sensibilité subjective circulaire sans prépondérance pour un territoire périphérique. On note aussi une diminution de l'activation volontaire à l'examen, ce qui contraste avec une bonne stabilisation de la cheville à la marche. Enfin, les neurographes sensitivomotrices tout comme l'ultrason sont normaux. »

La Dresse AE.\_\_\_\_\_ a rendu un nouvel avis SMR le 2 novembre 2017 dont le contenu essentiel est le suivant :

« La situation est stabilisée et permet de définir les LF : pas de marches prolongées, pas de port de charge moyenne à lourde, de montées-descentes répétitives d'escaliers, de stations debout prolongées, de positions à genoux/accroupies.

**Conclusion :**

Nous suivons donc l'avis de la CRR, la CT est nulle dans son activité habituelle d'ouvrier agricole depuis avril 2015, mais est pleine dans une activité adaptée depuis avril 2016 (expertise bidisciplinaire 19.05.2017), LF susnommées. A relever un pronostic de réinsertion défavorable (facteurs non médicaux) »

Par décision du 27 novembre 2017, l'OAI a refusé d'allouer des prestations de l'assurance-invalidité à l'assuré au motif qu'il ne présentait pas de degré d'invalidité, retenant un revenu sans invalidité de 44'400 fr. et un revenu d'invalidité de 60'019 fr. 86, fondé sur les données de l'Office fédéral de la statistique (activités non qualifiées dans l'industrie légère) et sur un abattement de 10 % pour tenir compte de la limitation fonctionnelle (position assise). Dans une motivation séparée du même jour, l'OAI a indiqué à son assuré qu'il avait suivi l'avis médical du SMR.

**B.** Par acte du 12 janvier 2018, Y.\_\_\_\_\_, assisté par Me Denis Bridel, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité avec effet dès le 16 avril 2016, subsidiairement, au renvoi à l'OAI pour la mise en œuvre d'une nouvelle expertise et nouvelle décision. Il a aussi requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire considérant que l'instruction était lacunaire. L'assuré a critiqué la possibilité retenue par l'OAI d'une activité adaptée et exigible à 100 %, considérée comme irréaliste compte tenu des douleurs chroniques irradiantes alléguées, de l'absence de formation professionnelles, de l'exercice jusque-là d'une activité non spécialisée d'aide vigneron, de son âge de 42 ans et de son français approximatif. Il a soutenu être en incapacité totale de travailler dans toute activité.

Par décision du 6 février 2018, le juge instructeur a accordé à Y.\_\_\_\_\_ le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 12 janvier 2018 et désigné Me Bridel comme conseil d'office.

Dans sa réponse du 6 mars 2018, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée, considérant que les expertises au dossier étaient probantes. Il a renvoyé pour le surplus à la décision et à la motivation séparée du 27 novembre 2017.

Par réplique du 10 avril 2018, l'assuré a confirmé ses conclusions soutenant être en incapacité totale de travailler. Il a relevé que les expertises du Centre E.\_\_\_\_\_ et de la Clinique AN.\_\_\_\_\_, établies dans le contexte de l'assurance-accident, n'étaient pas transposables au dossier d'assurance-invalidité. Il a en outre produit un rapport du 26 mars 2018 du Dr AB.\_\_\_\_\_ exposant que l'assuré souffrait de douleurs constantes, augmentées à la charge du membre inférieur droit et par le froid avec un impact très négatif sur la qualité du sommeil avec latence d'endormissement et plusieurs réveils itératifs en relation avec les douleurs.

Dans sa duplique du 27 avril 2018, l'OAI a maintenu sa position et estimé que de nouvelles investigations ne se justifiaient pas, le rapport du Dr AB.\_\_\_\_\_ n'apportant aucun élément nouveau qui n'ait été pris en considération par les experts du Centre E.\_\_\_\_\_ ou de la Clinique AN.\_\_\_\_\_.

Le 3 mai 2018, l'assuré a notamment produit un rapport médical daté du 20 avril 2018 et émanant du Dr AP.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de la psychologue AQ.\_\_\_\_\_ dont le contenu essentiel est le suivant :

« Y.\_\_\_\_\_, est venu en consultation pour un suivi psychothérapeutique, pour la première fois au début du mois de janvier 2018. Ce rapport est établi à sa demande.

#### **PLAINTES SOMATIQUES**

Y.\_\_\_\_\_, souffre d'atteintes psychologiques importantes. Le patient s'est présenté avec des plaintes somatiques multiples

vraisemblablement en relation directe avec l'accident de travail survenu en 2015 qui a causé une fracture au pied droit. L'opération et les traitements suivis n'ont pas eu le succès attendu et le patient dit souffrir de fortes douleurs au pied. Y.\_\_\_\_\_, vient en consultation avec deux béquilles, sans lesquelles, d'après lui, il ne pourrait pas se déplacer. Le patient se plaint également de douleurs lombaires qui, selon lui, sont apparues en raison des douleurs et des difficultés à trouver une posture adéquate pour marcher et se tenir, en essayant de diminuer sa gêne. Par ailleurs, Il semble que la prise d'antalgiques à répétition ait eu une influence négative sur son estomac et le fonctionnement global du système digestif.

### **CONSTATATIONS**

A notre première rencontre avec Y.\_\_\_\_\_, nous constatons un trouble dépressif sévère, probablement avec syndrome somatique. Nous observons un état de détresse accompagné d'un ralentissement global, manifestations : d'anxiété et de crises d'angoisse, un sentiment marqué de perte d'intérêt lié à un sentiment d'impuissance et de dévalorisation. Y.\_\_\_\_\_ est souvent fatigué et souffre d'insomnies, dit manquer d'un sommeil réparateur. A beaucoup de difficulté à gérer le stress qui le submerge facilement.

Au vu de la situation, nous avons discuté d'un suivi psychothérapeutique hebdomadaire. Le patient a beaucoup de difficulté à se livrer, pour raisons de santé et de sa personnalité mais nous avons réussi à établir un bon lien thérapeutique et Y.\_\_\_\_\_ participe de plus en plus lors des séances.

L'examen clinique de la situation de notre patient permet d'établir différents problèmes qui, en l'état actuel semblent poser des difficultés insurmontables pour une quelconque insertion professionnelle. Y.\_\_\_\_\_ souffre d'atteintes sérieuses à sa santé physique qui devront faire l'objet d'attentions particulières et nous espérons que des soins adaptés prendront place rapidement.

Psychologiquement très instable et fragilisé par son état de santé et l'instabilité que cela provoque dans sa vie, il souffre de diverses difficultés liées à son trouble dépressif sévère qui ne lui permettent pas de gérer de manière adéquate sa propre vie. Le fait même d'avoir demandé notre soutien démontre de la bonne volonté de notre patient cependant, tant que la situation actuelle perdure il lui est impossible d'envisager un changement. »

L'OAI s'est déterminé sur le rapport qui précède le 24 mai 2018, indiquant qu'il n'y était pas attesté de troubles psychiques antérieurs à la consultation des auteurs du rapport et critiquant le manque de détail du rapport, notamment quant à un taux d'activité qui serait plausible et à la description d'un emploi compatible avec l'état psychique.

Le 5 juin 2018, la B.\_\_\_\_\_ SA a produit son dossier selon réquisition de la juge instructrice du 31 mai 2018. Celui-ci a été envoyé

aux parties pour consultation les 22 et 29 juin 2018, celles-ci se déterminant à ce propos les 3 et 6 juillet 2018.

Le 14 août 2018, le recourant a notamment produit des certificats médicaux du Dr AP.\_\_\_\_\_ attestant d'une incapacité de travail totale pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 août 2018.

Le 9 novembre 2018, l'assuré a notamment produit de nouveaux rapports médicaux émanant du Dr AO.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital I.\_\_\_\_\_, site de [...]. Il ressort de ces rapports que le patient est apparu extrêmement gêné sur le plan moteur et psychologique du fait du retentissement de son handicap et de son incapacité à avoir une autonomie (rapport du 25 juin 2018). Le Dr AO.\_\_\_\_\_ a pu exclure un syndrome de Sudeck (rapport des 3 et 13 juillet 2018). L'examen par imagerie par résonance magnétique (IRM) du 7 septembre 2018 a montré une discopathie dégénérative pluri-étagée avec notamment débord discal en L3-L4 asymétrique s'étendant à la région foraminale droite pouvant irriter la racine L3 droite et une protrusion discale en L4-L5 accompagnée d'un débord discal sur fond de discopathie, s'étendant également en région foraminale des deux côtés, pouvant irriter les racines L4 des deux côtés. L'imagerie n'a pas montré de hernie discale et a permis d'observer un canal lombaire étroit modéré selon la classification de Lausanne en D12-L1 et L1-L2. Lors du rendez-vous du 20 septembre 2018, le Dr AO.\_\_\_\_\_ a renvoyé son patient à la consultation de la douleur de l'Hôpital I.\_\_\_\_\_.

L'OAI s'est encore déterminé le 3 décembre 2018, maintenant ses conclusions.

Par décision du 19 décembre 2018, la juge instructeur a relevé Me Bridel de sa mission de conseil d'office d'Y.\_\_\_\_\_, arrêté son indemnité d'office à 3'684 fr. 40, dit que le bénéficiaire de l'assistance judiciaire était tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office

mise à la charge de l'Etat et désigné Me Ismael Fetahi comme nouveau conseil d'office du recourant avec effet au 28 décembre 2018.

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

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

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine

d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGa).

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

**b)** 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 142 V 435 consid. 1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_832/2017 du 13 février 2018 consid. 3.1).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 loc. cit., avec la jurisprudence citée).

Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors

en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

**5. a)** Sur le plan somatique, les experts du Centre E.\_\_\_\_\_ et de la Clinique AN.\_\_\_\_\_ ont retenu comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de traumatisme de la cheville droite, avec fracture de pseudo-Jones du pied droit, compliquée de pseudarthrose. Tant le Prof. V.\_\_\_\_\_ et la Dresse U.\_\_\_\_\_, que les Dresses AF.\_\_\_\_\_ et AC.\_\_\_\_\_ ont estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais qu'elle était entière dans une activité adaptée. S'agissant des limitations fonctionnelles, ils ont relevé que l'assuré pouvait effectuer un travail en position assise (Centre E.\_\_\_\_\_), évitant les marches prolongées, les ports de charges moyennes à lourdes, les montées et descentes répétitives d'escaliers, les stations debout prolongées, ainsi que les positions à genoux ou accroupies ( [...]). Bien que formulées de manières différentes, les limitations fonctionnelles affectant le recourant sont concordantes pour l'ensemble des experts. Ces limitations étaient justifiées pour ceux-ci par l'atteinte orthopédique résultant de l'accident. Du point de vue neurologique, il n'y avait pas de diagnostic justifiant la reconnaissance d'une quelconque incapacité de travail.

Le rapport d'expertise du Centre E.\_\_\_\_\_ et celui de la Clinique AN.\_\_\_\_\_ ont fait suite à plusieurs examens de l'intéressé, sur les plans orthopédique, neurologique et psychiatrique. Ils ont été établis en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier radiologique du recourant. Ils tiennent notamment compte des avis médicaux postulés par les spécialistes consultés par le recourant. De plus, les plaintes du recourant ont été détaillées et prises en considération. La description du contexte médical est claire. Les experts ont expliqué les différents éléments les ayant amenés à leurs conclusions, lesquelles sont bien motivées et convaincantes. Ces deux expertises remplissent ainsi les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, de sorte qu'il convient de se rallier à leurs conclusions concordantes. S'agissant de la date à partir de laquelle l'assuré a présenté

une capacité de travail entière dans une activité adaptée, les experts du Centre E.\_\_\_\_\_ ont retenu le 15 avril 2016, soit six mois après la dernière intervention chirurgicale. Il convient ainsi de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis le 15 avril 2016.

Les autres rapports médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les considérations qui précèdent. Les rapports des 2 et 23 novembre 2015 des spécialistes du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_ concluent certes à une incapacité de travail entière, mais pour cette période, une telle incapacité n'est pas contestée (cf. rapports des 1<sup>er</sup> et 31 décembre 2015 du Dr F.\_\_\_\_\_). Dans ses rapports des 6 avril, 2 juin et 2 septembre 2016, la Dr Q.\_\_\_\_\_ conclut à une incapacité de travail totale, mais sans préciser si cela concerne l'activité habituelle ou toutes autres activités. Ces documents, établis à l'attention du médecin-conseil de l'assureur-accident ne sont ainsi guère probants dans le cadre de la décision litigieuse. Dans son rapport du 17 juillet 2017, le Dr AB.\_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant, exposant les difficultés rencontrées par le recourant, mais sans se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Il en va de même des rapports du Dr AO.\_\_\_\_\_ produit dans le cadre du recours. En outre, les divers rapports radiologiques produits au dossier ne se prononcent pas sur la capacité de travail du recourant mais constituent des constats à l'attention des médecins consultés par l'intéressé.

Dans leur rapport du 13 juin 2016, la Dresse K.\_\_\_\_\_ et le Dr L.\_\_\_\_\_ conclent également à une incapacité de travail entière dans l'activité habituelle, mais relèvent que des activités en position assise pouvaient encore être exigées sans toutefois expliciter les raisons qui empêchaient le recourant de reprendre une telle activité. Or, le rapport de la Clinique AN.\_\_\_\_\_ a permis d'expliquer ces motifs, montrant de manière probante la prévalence des facteurs non médicaux chez l'assuré. La Clinique AN.\_\_\_\_\_ a relevé l'importance des facteurs contextuels Elle a mis en évidence un expertisé très fixé sur ses douleurs et sur ses

limitations. En outre, d'évidentes incohérences ont été constatées lors du séjour à la Clinique AN.\_\_\_\_\_. Les experts ont en effet pu observer que le recourant déclarait ne pas pouvoir charger le pied et se mettre debout au moment des examens médicaux, alors qu'il a été observé marchant sans moyen auxiliaire en dehors des examens. Or, un tel constat n'est pas compatible avec l'ampleur des plaintes exprimées par le recourant.

En définitive, le recourant n'a pas fait état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'instruction et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette dernière, de sorte que dites conclusions emportent la conviction de l'autorité de céans.

**b)** Sur le plan psychique, le rapport médical du Dr AP.\_\_\_\_\_ et de la psychologue AQ.\_\_\_\_\_ du 20 avril 2018, ainsi que les certificats médicaux du Dr AP.\_\_\_\_\_ des 20 avril et 30 avril 2018 n'attestent pas de problèmes psychiatriques qui seraient antérieurs à la consultation de ces spécialistes, soit au mois de janvier 2018. Ceux-ci ont décrit l'état de santé du recourant à ce moment-là et ne font pas état d'éléments objectivement vérifiables antérieurs à la décision litigieuse, qui auraient échappé à l'instruction menée par l'intimé.

De plus, il y a lieu de relever que le recourant a fait l'objet d'un examen psychiatrique à la Clinique AN.\_\_\_\_\_ le 4 août 2017 et qu'à cette occasion, la Dresse AI.\_\_\_\_\_ n'avait pas retenu de diagnostic psychiatrique, exposant une présentation clinique marquée principalement par des problèmes asséculo-logiques.

Dans ce contexte, il n'est pas établi - au degré de la vraisemblance prépondérante - que l'assuré présentait une pathologie psychiatrique incapacitante au moment de la décision litigieuse le 27 novembre 2017 ni même qu'il existe le moindre doute à ce sujet.

**c)** Il ressort de ce qui précède que l'OAI était fondé à retenir que le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis le 15 avril 2016.

**6. a)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

On ne tiendra compte d'une hypothétique évolution salariale en raison d'un développement des capacités professionnelles individuelles (complément de formation, par exemple) ou de circonstances telles qu'une éventuelle promotion ou d'un changement d'emploi que si des indices concrets rendent une telle évolution de la carrière professionnelle vraisemblable de manière prépondérante. De simples déclarations d'intentions de la personne assurée ne suffisent pas (TF 8C\_290/2013 du 11 mars 2014 consid. 6 ; 9C\_486/2011 du 12 octobre 2011 consid. 4.1 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 18 ad art. 16 LPG).

**b)** Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés

équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

**b) aa)** Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

**bb)** Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

**cc)** L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

**7.** En l'espèce, la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée est exigible comme l'ont exposé les experts du Centre E.\_\_\_\_\_ et de la Clinique AN.\_\_\_\_\_. Le marché du travail offre un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière.

Le moment déterminant pour procéder à la comparaison des revenus est l'année 2016. Le salaire sans invalidité fixé par l'intimé en référence au rapport établi par J.\_\_\_\_\_ le 7 juillet 2016 (44'400 fr.) ne prête pas flanc à la critique et doit être confirmé.

S'agissant du salaire avec invalidité, en l'absence de revenu effectivement réalisé, l'OAI s'est basé sur les données résultant de l'ESS. Le salaire mensuel brut fixé par l'ESS 2012 pour les hommes effectuant une activité simple et répétitive dans le secteur privé s'élève à 5'210 fr., part au treizième salaire comprise (ESS 2012, TA1, niveau de qualification 1). Ce salaire doit être adapté compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2013, à savoir 41,7 heures (La Vie économique, tableau B 9.2). Le revenu d'invalidé s'élève ainsi à 5'431 fr. 43 par mois ( $5'210 \text{ fr.} \times 41,7 \text{ h} \div 40 \text{ h}$ ), correspondant à un montant de 65'177 fr. 10 par année. Ce revenu doit encore être adapté à l'évolution des salaires nominaux de 2013 à 2016, ce qui conduit à un gain annuel de 66'688 fr. 73 (+ 0,7 % + 0,8 % + 0,4 % + 0,4 % + [La Vie économique, tableau B 10.2]). C'est à juste titre que l'intimé a tenu compte d'une réduction de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant. Ce qui aboutit à un revenu avec invalidité de 60'019 fr. 86 ( $66'688.73 - 10 \%$ ).

La comparaison des revenus avec et sans invalidité montre qu'il n'y a pas de préjudice économique, de sorte que l'assuré n'a pas droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

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

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

Toutefois, dès lors que le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avance et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

**d)** Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'espèce, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé 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 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

En l'occurrence, Me Bridel a été indemnisé et relevé de sa mission de conseil d'office par décision de la juge instructeur du 19 décembre 2018.

En l'espèce, Me Fetahi a produit une liste de ses opérations le 23 avril 2019 pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 23 avril 2019, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Compte tenu des prestations d'avocat (37 minutes à 180 fr./heure, soit 111 fr.) et des débours de 5 % selon l'art. 3<sup>bis</sup> al. 1 RAJ (5 fr. 55) s'inscrivant raisonnablement dans l'exercice de sa tâche (ATF 122 I 1), le montant total de l'indemnité de Me Fetahi s'élève donc à 125 fr. 50, y compris la TVA de 7,7 %.

La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentive au fait qu'il est tenu de rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service judiciaire et législatif de fixer les modalités de remboursement (cf. art. 5 RAJ), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 27 novembre 2017 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 à la charge de l'Etat.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
  
- V.** L'indemnité d'office de Me Ismael Fetahi, conseil d'Y.\_\_\_\_\_, est arrêtée à 125 fr. 50 (cent vingt-cinq francs et cinquante centimes), débours et TVA compris.
  
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Ismael Fetahi (pour Y. \_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :