

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 juin 2011

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Jevean et Schmutz, assesseurs
Greffière: Mme Favre

Cause pendante entre :

A._____, à Fiez, recourant, représenté par Me Paul-Arthur Treyvaud,
avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 4 al. 1, art. 28 al. 1 LAI; art 6, art. 8, art. 16 LPGGA

E n f a i t :

A A._____, né en 1963, ressortissant de l'ex-Yougoslavie, est arrivé en Suisse en 1990. Il a travaillé pour différentes entreprises, en particulier dans la construction de tunnels. Le 16 novembre 2000, il a subi un accident de travail, dont les suites ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA, Suva). Cette assurance a rendu le 27 mai 2005 une décision sur opposition, après que A._____ avait contesté une décision du 8 avril 2005 lui allouant une rente d'invalidité LAA de 32 % à partir du 1^{er} août 2004. La décision sur opposition décrit dans les termes suivants les circonstances de l'accident ainsi que les constatations médicales retenues par la CNA :

"Le 16 novembre 2000, Monsieur A._____, né en 1963, chef d'équipe auprès de l'entreprise [...], à Berne, alors qu'il aidait à décharger d'un camion des plaques de protection, a été heurté à la tête par une plaque et est tombé de sa hauteur. Une fracture de la cheville gauche a été constatée. Une ostéosynthèse a été pratiquée. Dans les jours suivants, l'assuré a commencé à se plaindre de cervicalgies. Les radiographies n'ont pas montré de lésion osseuse. L'assuré a séjourné du 25 avril au 30 mai 2001 dans la Clinique romande de réadaptation de la Suva, à Sion (CRR) Une tentative de reprendre le travail à temps partiel s'est soldée par un échec. Le 5 octobre 2001, l'AMO a été pratiquée. L'assuré a été adressé au Dr C._____, anesthésiologue, pour tenter de résoudre le problème des douleurs chroniques au niveau de la colonne cervicale. Le 9 novembre 2001, le Dr D._____, médecin-conseil à la Suva Lausanne, signale l'existence de signes d'extra-organicité avec chronicisation des plaintes cervicales et persistance d'un syndrome douloureux avec limitation fonctionnelle de la cheville.

Le 12 avril 2002, l'assuré a été examiné par le Dr L._____, rattaché à la Division médecine des accidents de la Suva, à Lucerne. Ce praticien est arrivé à la conclusion qu'il est difficile d'admettre l'existence de troubles durables voire invalidants au niveau de la

colonne cervicale. En ce qui concerne la cheville, l'assuré est en tout cas à même d'exercer une activité légère. Les examens pratiqués par les Dr H._____ (spécialiste ORL) et M._____ (neurologue) n'ont pas démontré de lésion organique accidentelle. En particulier, le Dr M._____ a clairement indiqué qu'il n'y a plus de relation de causalité entre le traumatisme cervical et les plaintes de l'assuré."

La décision sur opposition de la CNA - qui a en définitive confirmé la première décision d'octroi de rente - expose en outre ce qui suit, dans les considérants :

"L'accident doit être classé dans la catégorie intermédiaire. L'analyse des critères objectifs posés par la jurisprudence ne permet pas de conclure à l'existence d'une relation de causalité adéquate entre l'accident et l'affection psychique raison pour laquelle il incombe à la Suva de prendre en charge uniquement les séquelles organiques de cet événement.

En ce qui concerne les cervicalgies, la Suva ne voit pas de motif de s'écarter des avis établis par le Dr L._____, rattaché à la Division médecine des accidents de la Suva, à Lucerne, suite à son examen du 12 avril 2002 et par le Dr M._____, neurologue, qui a vu l'assuré le 14 mai 2003 dans le cadre d'une expertise, lorsqu'ils affirment que l'accident n'a pas laissé de séquelles à ce niveau. Le 23 mars 2005, après avoir encore analysé les arguments avancés par le Dr C._____, le Dr L._____ a confirmé ses conclusions. En matière d'appréciation de la preuve, il convient de reconnaître entière valeur probante aux expertises médicales mises en oeuvre par la Suva auprès de spécialistes indépendants de l'établissement qui, sur la base d'observations circonstanciées et d'examens, après avoir consulté le dossier, rendent un rapport dans lequel, après discussion de leurs constatations, ils parviennent à des résultats concluants (ATF 125 V 353, cons. 3b/bb; ATF 104 V 212, cons. c; RAMA 1993, p. 96).

[...]

Au vu des seules séquelles à la cheville, à juste titre nul ne conteste que l'assuré est en tout cas à même d'exercer à plein temps et

rendement toutes sortes d'activités légères. En se fondant sur les renseignements fournis par cinq entreprises romandes dans des activités adaptées aux séquelles accidentelles et versés au dossier en conformité avec la jurisprudence la plus récente du TFA en la matière (ATF 129 V 472), la Suva a évalué à 58'321 fr., le gain annuel d'invalidé. Ce chiffre doit être confirmé.

La comparaison entre le revenu présumable sans invalidité de 86'277 fr. et un revenu exigible d'au moins 58'321 fr. laisse apparaître une perte de 32.40 %. C'est donc à juste titre que la Suva a fixé le taux de la rente d'invalidité à 32 % (ATF 130 V 121)."

La décision sur opposition est entrée en force après que A._____ a retiré le recours qu'il avait formé, auprès du Tribunal des assurances.

B. Le 5 septembre 2001, A._____ a déposé une demande de prestations AI. Il n'a en effet plus travaillé depuis l'accident du 16 novembre 2000. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'Office AI) a traité cette demande. Il a obtenu le dossier de la CNA. Il a aussi organisé un stage d'observation professionnelle, qui s'est déroulé du 9 août au 3 septembre 2004 au centre ORIPH-COPAI d'Yverdon-les-Bains. Le rapport du 14 septembre 2004 de ce centre retient finalement ce qui suit :

"En conclusion, au terme de cette expertise, notre équipe d'observation est d'avis que M. A._____ est actuellement totalement pris par ses problèmes de santé. Dans les activités que nous lui avons proposées, ainsi que lors du stage en entreprise, l'assuré n'a montré aucun investissement, restant toujours dans son monde de plaintes et de douleurs. Malgré les activités allégées privilégiant la position assise et prenant en compte toutes les contres-indications, l'assuré fournit de très faibles rendements, ils arrivent péniblement à 30%. Compte tenu de ses atteintes à la santé, ces taux sont faibles, De plus, nous relevons des absences de quelques heures durant chaque semaine de la mesure. En théorie, en effet, A._____ devrait pouvoir assumer une activité permettant

la position assise et ne requérant pas de port de charges lourdes. Face à cette situation, nous avons l'impression que des facteurs extérieurs déploient des incidences importantes sur ses prestations et son attitude au poste de travail et rendent actuellement tout projet professionnel peu réalisable. Nous ne sommes pas en mesure d'expliquer les facteurs extérieurs qui conduisent M. A. _____ à se mettre dans une situation d'invalidité."

Dans un avis médical du 21 avril 2005, le Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR) a préconisé de rendre une décision sur la base de la décision de la CNA, en retenant que l'origine physique des douleurs chroniques avait été clairement réfutée, que l'origine était donc psychologique, «de l'ordre d'une souffrance morale due à des circonstances politico-sociales, mais pas à une pathologie psychiatrique».

L'Office AI a adressé à l'assuré un projet de décision (préavis) du 27 novembre 2006, dans le sens du refus d'une rente d'invalidité.

"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 (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou 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 2000 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), 4'437 fr. par mois, part au 13^e salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2000, 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 2000 (41,7 heures; La Vie économique, 8-2004, p.94, tableau B 9.2), ce montant

doit être porté à 4'625 fr. 57 (4'437 fr. x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de 55'506 francs.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2000 à 2001 (+ 2.5%; La Vie économique, 8-2004, p.95, tableau B 10.2) (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), on obtient un revenu annuel de 56'894 fr. 54.

[...]

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi, sans la mise en oeuvre de mesures professionnelles et dans l'exercice d'activités simples et répétitives, à 51'205 fr. 90.

[...]

Cependant, si vous vous investissiez dans la mise en oeuvre de mesures professionnelles, en prenant en compte votre bagage professionnel antérieur et vos compétences professionnelles, vous pourriez, après des mesures d'une durée de 24 à 30 mois en centre ou en entreprise, exercer des activités telles que gestionnaire en logistique ou dessinateur en bâtiment, ou encore laboriste, et ce pour des revenus annuels moyens bruts de 60'450 francs.

Selon les informations en notre possession, votre revenu annuel brut en 2001 sans atteinte à la santé se monterait à 73'450 francs. Cependant après examen de votre situation et dès lors que vos revenus des années 1998 et 1999 étaient supérieurs à ce montant (heures supplémentaires, primes pour horaires spéciaux,...) nous avons fait la moyenne des vos revenus de 1998 à 2000 (année 2000 annualisée sur 10 mois d'activité + 13^e), ce qui donne un revenu annuel brut de 84'646 francs.

Au vu de ce qui précède, et selon la méthode utilisée pour l'évaluation du préjudice économique sans la mise en oeuvre de mesures professionnelles, votre préjudice économique se situerait entre 32 % et 39.5%. Après accomplissement de mesures de réadaptation, votre préjudice économique ne serait plus que de

28.56 %. Par conséquent le droit à une rente d'invalidité ne peut pas vous être reconnu.

[...]

Les mesures de réadaptation primant le droit à la rente, et la mise en oeuvre de celles-ci étant susceptibles de diminuer votre préjudice économique de manière conséquente, il est exigible que vous entrepreniez celles-ci. Nous vous impartissons par conséquent un délai au 15 janvier 2007, pour nous confirmer par écrit votre volonté de vous engager dans des mesures professionnelles à un taux de 100% dès lors que vous pouvez médicalement reprendre une activité adaptée à 100%.

Sans nouvelles de votre part d'ici cette date, nous concluons que vous n'envisagez pas de telles mesures et par conséquent, statuerons par un refus de rente au motif que si vous aviez collaboré et étiez partie prenante à des mesures de réadaptation, vous auriez ainsi pu diminuer votre préjudice économique et partant, réaliser des revenus excluant le droit à une rente."

L'assuré a présenté des objections, en faisant valoir notamment qu'il avait une capacité de travail de 50 % et en se déclarant prêt à entreprendre des mesures de réadaptation à un taux de 50 %.

L'Office AI a considéré que l'assuré n'envisageait en définitive pas d'entreprendre des mesures professionnelles. Par une décision formelle du 5 juin 2007, il a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité, en reprenant la motivation du préavis du 27 novembre 2006.

C. A. _____ a recouru auprès du Tribunal des assurances contre la décision de l'Office AI.

Par un jugement du 14 août 2008 (AI 268/07 - 306/2008), le Tribunal des assurances a admis le recours, annulé la décision attaquée et renvoyé la cause à l'Office AI pour qu'il procède dans le sens des considérants puis rende une nouvelle décision. Le dispositif du jugement fait implicitement référence au considérant 4, ainsi libellé :

"En l'espèce, il appert que l'examen IRM cervical du 7 décembre 2001 a été effectué sans produit de contraste (injection de gadolinium), ce qui ne permet pas d'exclure une lésion inflammatoire réactionnelle active. En outre, le niveau des coupes est inadéquat : en effet, la plupart des lésions cervicales douloureuses prennent leur origine dans la zone haute de la nuque (C1-C2-C3), alors que ces segments n'ont pas été explorés dans le contexte de l'IRM. Se fonder sur cet examen incomplet pour nier la présence de lésions potentiellement algogènes est dès lors médicalement erroné, et il convient de faire procéder, pour le moins, à une IRM complète de la colonne cervicale, puis de réévaluer l'ensemble de la situation."

D. Reprenant l'instruction, l'Office AI - sur avis du SMR - a décidé de faire réaliser une expertise pluridisciplinaire par les médecins du CEMED/COMAI à Nyon. Le rapport d'expertise, rédigé par les Drs B._____, rhumatologue, N._____, psychiatre, et W._____, neurologue, a été déposé le 13 février 2009.

Les diagnostics retenus sont des rachialgies cervico-lombaires, des troubles moteurs du membre supérieur droit, des troubles sensitivo-moteurs du membre inférieur gauche et phénomènes vertigineux sans explication somatique (présents depuis le 16 novembre 2000), un status après fracture de cheville gauche, traitée par ostéosynthèse, un status après ancienne luxation acromio-claviculaire droite de grade I, ainsi qu'une majoration des symptômes. Les experts concluent que l'assuré a une capacité de travail complète (à 100 %, sans diminution de rendement) dans l'activité antérieure ; une incapacité partielle n'avait pu être constatée que « jusqu'à la récupération post-fracture de la cheville gauche qui peut être considérée comme totale depuis novembre 2001 au plus tard » (p. 23). Ils ajoutent que « des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables mais ne sont pas indiquées compte tenu du fait que la capacité de travail est restée complète dans l'activité exercée préalablement » (ibid.). L'assuré a fait l'objet d'un examen clinique par les médecins experts, lesquels se sont aussi fondés sur les

pièces médicales du dossier, comprenant de nouveaux documents radiologiques (IRM cervico-dorsolombaire du 3 décembre 2008, réalisée au centre d'imagerie de Nyon - laquelle a montré qu'il n'y avait pas d'« anomalies significatives susceptibles d'expliquer les plaintes formulées par le patient » [p. 19]). Dans la partie « synthèse et conclusions », les experts retiennent que, sur le plan rhumatologique, l'assuré continue de présenter de multiples plaintes, alors que l'examen clinique n'a révélé qu'une discrète restriction de mobilité de la cheville, une boiterie ostentatoire, ainsi qu'une ancienne luxation acromio-claviculaire droite d'évolution favorable. L'ensemble du tableau clinique et des plaintes relève d'une majoration des symptômes et la capacité de travail dans toute activité professionnelle reste entière. Sur le plan neurologique, les experts constatent que les plaintes de l'assuré sont atypiques et n'ont pu être objectivées ni par l'examen clinique ni par les examens radiologiques effectués, à savoir un EMG qui n'a révélé aucun signe d'atteinte neurogène périphérique significatif dans l'ensemble des muscles examinés du membre supérieur droit et du membre inférieur gauche, ainsi qu'une IRM cervico-dorsolombaire qui n'a objectivé aucune pathologie intrarachidienne susceptible d'expliquer les troubles. Il n'y a donc pas d'atteinte à la santé objectivée et par conséquent aucune incapacité de travail sur le plan neurologique également. Enfin l'examen psychiatrique n'a pas révélé d'atteinte invalidante, seul le diagnostic de majoration des symptômes pour des raisons psychologiques et sociales (F68.0 CIM-10) pouvant être retenu.

Dans un avis du 10 mars 2009, les médecins du SMR ont estimé que l'expertise était convaincante et qu'un précédent rapport d'examen SMR du 6 janvier 2003 était invalidé.

L'Office AI a communiqué à l'assuré un préavis du 26 mars 2009 dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. Ce préavis se fonde sur l'expertise du CEMED en tant qu'elle retient qu'une « capacité de travail de 100 % est exigible dans l'activité habituelle de contremaître dès novembre 2001 ». Il en déduit que des mesures d'ordre professionnel ne sont pas indiquées. Il ajoute que comme l'incapacité de travail résultant

de l'accident a duré moins d'une année, le droit à des prestations financières n'est pas ouvert.

L'assuré a présenté des objections en faisant valoir, en substance, qu'à supposer qu'aucun trouble physique ne puisse être objectivé, il apparaissait clairement qu'il souffrait d'un trouble exacerbant ses douleurs. Il demandait l'octroi d'une demi-rente AI.

Le 11 janvier 2010, l'Office AI a rendu une décision formelle de refus de rente d'invalidité, en reprenant la motivation de son préavis du 26 mars 2009.

E. A. _____ a recouru à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, le 9 février 2010, contre la décision de l'Office AI du 11 janvier précédent. Il demande l'annulation de cette décision, ou sa réforme en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une demi-rente de l'assurance-invalidité.

L'Office AI propose le rejet du recours.

F. Par une décision du 23 avril 2010, le Bureau de l'assistance judiciaire a octroyé au recourant l'assistance judiciaire avec effet au 1^{er} mars 2010, en relation avec le dépôt du présent recours. Me Paul-Arthur Treyvaud a été désigné comme avocat d'office.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI énonce qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office

concerné. Déposé dans le délai légal (art. 60 al. 1 LPGA), selon les formes prévues par la loi (notamment art. 61 let. b LGPA), le recours est recevable à la forme.

2. Le recourant soutient, en substance, que la décision attaquée se fonde sur un rapport d'expertise médicale concluant à l'absence d'atteinte objective, qui n'est pas probant au motif qu'il est en contradiction manifeste avec les rapports médicaux au dossier et les constatations faites lors du stage de l'ORIPH. Par ailleurs, le recourant reproche à l'expert psychiatre d'avoir procédé à un examen sommaire qui ne permet pas d'écarter l'existence de troubles psychiques, troubles qui ont d'ailleurs été attestés par son médecin-traitant sous la forme d'un épisode dépressif sévère avec troubles du sommeil et de l'appétit le rendant incapable de travailler.

a) La décision attaquée, qui refuse des prestations AI, retient en définitive que le recourant n'est pas invalide. Selon le droit fédéral, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al.1 LAI). 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.

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- 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 (let. a);
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b);
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 — partiellement applicable au présent litige, eu égard au fait que le droit à la rente aurait pu prendre naissance avant cette date (cf. ATF 130 V 445 et les références) — cette disposition prévoyait également que l'assuré avait droit à une rente s'il était invalide à 40 % au moins (RO 2003 p. 3844).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge, le cas échéant, a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de son auteur soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c;). Les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

c) Dans le cas particulier, le recourant n'a pas remis à l'Office AI de nouveaux rapports de médecins traitants, après la reprise de l'instruction consécutive à l'annulation de la première décision de refus de prestations, du 5 juin 2007 (cf. jugement du Tribunal des assurances du 14 août 2008). Il a, devant la Cour de céans, produit un certificat de son psychiatre, Dr [...] à Yverdon-les-Bains, daté du 3 février 2010 et qui mentionne un épisode dépressif sévère, entraînant une incapacité de travail à 100 %. Or ce certificat ne précise pas l'état de santé à la date de la décision attaquée ; le recourant n'avait du reste pas fait état de tels problèmes après qu'il avait pris connaissance de l'expertise et eu l'occasion de formuler des objections au préavis du 26 mars 2009. Il faut considérer - et c'est également l'avis du SMR (avis du 29 mars 2010) - que ce certificat médical n'établit l'existence d'aucun trouble psychique nouveau antérieur à la décision attaquée.

Le rapport d'expertise est complet, notamment sur le plan psychiatrique, et il répond aux exigences de la jurisprudence (cf. supra, consid. 2b). Sur le plan somatique, s'agissant de la cheville gauche, les experts ont indiqué que l'examen radiologique avait révélé une fracture consolidée sans déminéralisation osseuse et une articulation tibio-tarsienne sans lésion. L'examen clinique avait également révélé l'«absence de tuméfaction, malléoles symétriques [...]; la palpation de l'articulation du Lisfranc indolore et normalement mobile; la palpation des métatarso-phalangiennes et des orteils indolore, la mobilité normale; pas de synovite; l'absence de trouble trophique du pied gauche ou de la cheville gauche; une température identique aux deux pieds; un périmètre du mollet et du pied identique aux deux pieds». Les experts ont donc retenu une évolution favorable du point de vue orthopédique et l'absence d'algodystrophie de Südeck ni actuelle ni passée, au vu des éléments cliniques et radiologiques susmentionnés. Ils ont indiqué en outre qu'il n'y avait pas d'explication claire pour la boiterie persistante ni pour le défaut de flexion dorsale persistant de la cheville gauche alors que le traitement avait été tout à fait adéquat et l'évolution radiologique favorable; s'agissant de la colonne cervicale, l'IRM cervico-dorsolombaire du 3 décembre 2008, réalisée au centre d'imagerie de Nyon n'avait révélé

aucune anomalie significative susceptible d'expliquer les plaintes formulées par l'assuré. On ne voit ainsi aucun motif de s'écarter de l'appréciation des experts, qui ne retiennent aucune atteinte à la santé propre à établir une invalidité au sens du droit fédéral.

d) La première décision de l'Office AI, sur la demande de prestations du recourant, ayant été entièrement annulée par le Tribunal des assurances, cet Office était fondé à apprécier une nouvelle fois l'ensemble de la situation. C'est pourquoi il a ordonné une expertise pluridisciplinaire, destinée à fournir des renseignements complets sur l'état de santé du recourant, sur les plans somatique (rhumatologique, neurologique) et psychiatrique. L'Office AI ne s'est, à juste titre, pas borné à se prononcer sur l'état de la colonne cervicale, en fonction d'une nouvelle IRM ; il a en effet réévalué l'ensemble de la situation, comme l'avait prescrit le Tribunal des assurances.

Il s'ensuit que les calculs précédemment effectués du degré d'invalidité, sur la base d'anciens avis médicaux - notamment ceux pris en considération la CNA -, n'ont pas à être repris. Les constatations des experts du CEMED conduisent à retenir que le recourant n'a pas d'atteinte durable à sa capacité de travail et de gain, y compris dans l'activité antérieure (l'Office AI l'a décrite, de façon imprécise, comme une activité de « contremaître » alors qu'il aurait fallu parler d'un chef d'équipe dans une entreprise de construction). Quoi qu'il en soit, les anciennes évaluations du degré d'invalidité par l'Office AI (avant les mesures professionnelles : 39.49 % au maximum [revenu sans invalidité de 84'626 fr ; revenu avec invalidité de 51'205 fr. 90], arrondi à 39 % en vertu de la jurisprudence [ATF 130 V 121 consid. 3.2]) n'atteignaient pas le seuil de 40 % (cf. supra). Le recourant ne prétend du reste pas que l'Office AI était lié, d'une manière ou d'une autre, par sa première décision.

e) En définitive, l'Office AI n'a pas violé le droit fédéral en retenant, sur la base de l'expertise CEMED, que le recourant n'était pas invalide.

3. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

Le recourant ayant été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais de justice doivent être arrêtés, et une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, doit être fixée ; les frais et l'indemnité seront supportés par le canton, provisoirement (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 [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes 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 RA) [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance en matière civile; RSV 211.02.3]) -, il y a lieu de relever ce qui suit : le conseil d'office a produit une liste de ses opérations pour une durée totale de 5h 45, plus débours. Il convient donc de fixer équitablement l'indemnité à 1000 fr., TVA comprise.

**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 11 janvier 2010 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. L'indemnité d'office de Me Paul-Arthur Treyvaud, conseil du recourant, est arrêtée à 1'000 fr. (mille 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.

Le président :

La greffière:

Du

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

- Me Paul-Arthur Treyvaud (pour M. A. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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 :