

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 août 2012

Présidence de Mme PASCHE
Juges : MM. Métral et Merz
Greffière : Mme Pradervand

Cause pendante entre :

X. _____, à Lausanne, recourant,

et

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

Art. 6, 7, 8, 16 LPGA; 28 LAI

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1952, est arrivé en Suisse en mars 2004. Le 20 mai 2005, il a glissé dans les escaliers dans le cadre de son activité professionnelle de carreleur. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA), assureur-accidents, a pris le cas en charge.

Selon le rapport d'IRM lombaire du 5 août 2005, il n'y avait pas de lésion traumatique lombaire, ni de signes de conflit radiculaire, mais de minimes discopathies L2-L3, L3-L4 et L4-L5.

L'assuré a séjourné du 19 octobre au 16 novembre 2005 à la Clinique B._____ à [...]. Le Dr W._____, psychiatre et psychothérapeute, a diagnostiqué dans son rapport médical du 8 novembre 2005 un trouble de l'adaptation avec anxiété (F43.2), qui n'influe pas sur la capacité de travail de façon déterminante. Les Drs J._____, rhumatologue et spécialiste en médecine physique et réadaptation, et E._____, médecin assistant, ont quant à eux posé, dans leur rapport du 11 janvier 2006, le diagnostic primaire de thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1) et les diagnostics secondaires de lombalgie chronique (M 54.5) et de discopathies lombaires étagées débutantes (M 51.9).

Dans son rapport du 8 février 2006 faisant suite à l'examen de la colonne lombaire, face, profil et fonctionnelle, le radiologue G._____ a conclu à la présence d'un trouble statique de la colonne lombaire, d'une discopathie étagée L4-L5 et L5-S1 et d'un spondylolisthésis L3-L4 de grade I sans signe d'instabilité.

L'assuré a été examiné le 27 février 2006 par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr N._____, chirurgien, qui a relevé dans son rapport médical du même jour qu'il n'y avait objectivement pas de syndrome lombo-vertébral significatif. Il concluait dès lors à la présence de

lombalgies banales et de pseudo-sciatalgies droites, sans grand substrat anatomique démontrable, susceptibles d'évoluer vers un trouble somatoforme douloureux. Il notait qu'à neuf mois d'un traumatisme banal, qui n'avait pas entraîné grand-chose, le statu quo sine était sûrement atteint depuis longtemps. Le Dr N._____ relevait enfin que le patient se plaignait depuis quelque temps d'une symptomatologie évocatrice d'un syndrome du tunnel carpien à droite qui paraissait sans lien avec l'accident.

Le 6 mars 2006, le Dr T._____, neurologue, a confirmé au Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, la présence d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral symétrique.

A compter du 11 mars 2006, la S._____, assurance perte de gain maladie, est intervenue.

Par décision sur opposition du 17 mai 2006, la CNA a mis un terme à ses prestations au 10 mars 2006.

Le 6 juin 2006, la Dresse F._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a diagnostiqué des lombo-sciatalgies droites de topographie L4 dans un contexte de probable spondylolisthésis L3-/L4 et discopathies étagées, le tout décompensé par une chute dans les escaliers le 20 mai 2005, ainsi qu'un état anxieux chez un patient qui présentait des troubles de l'adaptation.

Le 18 juillet 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) tendant à un reclassement dans une nouvelle profession et à l'octroi d'une rente, en raison de douleurs dans la main et le bras, ainsi qu'au niveau du dos, l'entravant dans ses mouvements, existant depuis le 20 mai 2005.

Procédant à l'instruction du cas, l'OAI a prié le Dr P._____ de lui adresser un rapport médical. Donnant suite à cette demande, le médecin traitant a diagnostiqué le 17 août 2006, avec effet sur la capacité de travail, un syndrome irritatif déficitaire sur spondylolisthésis L3-L4 et discopathies étagées suite à une chute en 2005 et un tunnel carpien bilatéral avec troubles dégénératifs des poignets mais symptomatique à droite après l'accident de 2005, avec incapacité de travail totale à compter du 20 mai 2005 dans l'activité habituelle. Un état anxieux et un trouble de l'adaptation étaient sans effet sur la capacité de travail. Il a par ailleurs noté que l'on pouvait encore exiger une activité manuelle simple de la part de l'assuré, dans laquelle il devrait pouvoir changer souvent de position, à raison de quatre heures par jour.

Dans son rapport médical du 24 août 2006, la Dresse R._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a posé les diagnostics d'arthrose dégénérative des deux poignets, symptomatique à droite, depuis l'automne 2005, et de tunnel carpien bilatéral probablement asymptomatique. Elle a précisé que lors de sa chute de mai 2005, le patient était tombé sur les fesses puis s'était réceptionné avec la main droite. Elle était d'avis que la capacité de travail, s'agissant de l'atteinte des mains, se situait entre 50 et 70% dans l'activité exercée, et pourrait être de 100% dans une activité manutentionnaire légère.

Dans son rapport médical du 16 mai 2007 à l'OAI, la Dresse F._____ a diagnostiqué des cervico-dorso-lombalgies sur troubles dégénératifs étagés et dysbalances musculaires depuis plusieurs années, un très probable syndrome somatoforme depuis 2005, ainsi qu'un status post-chute dans les escaliers en 2005 entraînant une entorse du poignet droit et une contusion lombaire. Elle retenait une incapacité de travail de 100% depuis 2005 dans la profession de maçon-carreleur, à long terme, de même que dans une activité adaptée.

Dans son rapport médical à l'OAI du 27 juillet 2007, la Dresse R._____ a noté que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré, le

diagnostic avec effet sur la capacité de travail étant celui d'arthrose dégénérative des deux poignets, symptomatique à droite depuis l'automne 2005. Elle avait finalement opéré le 10 mai 2007 le patient de son tunnel carpien à droite avec une évolution favorable. Elle était d'avis que dans un travail léger, la capacité de travail était totale depuis le 25 juin 2007 (soit six semaines et demi après l'opération de tunnel carpien). Elle a joint à son envoi à l'OAI sa lettre du 11 juin 2007 au Dr P._____, dans laquelle elle relevait qu'il restait le problème de l'arthrose du poignet qui était importante et contribuait aux douleurs et aux plaintes alléguées par le patient.

Dans son rapport médical à l'OAI du 6 août 2007, la Dresse F._____ a estimé que l'état de l'assuré était stationnaire. Pour elle, la capacité de travail de ce dernier était nulle dans l'activité exercée depuis mai 2005, mais dès maintenant de l'ordre de 30 à 40% comme caissier, vendeur, magasinier ou employé de bureau. Elle a encore précisé, dans sa lettre du 13 août 2007 annexée au rapport médical précité, que dans les gestes de la vie quotidienne, le patient n'était pas limité, mais que la situation était totalement différente dans le cadre d'une activité professionnelle, car il n'arrivait pas à faire des gestes à répétition. Elle proposait que l'assuré soit convoqué pour un stage d'observation.

Par avis médical du 1^{er} octobre 2007, la Dresse L._____ du SMR a constaté qu'il convenait de procéder à un examen orthopédique ou rhumatologique au SMR pour déterminer la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans son activité habituelle et dans une activité adaptée.

L'assuré a dès lors été examiné le 16 janvier 2008 par le Dr Z._____, rhumatologue et spécialiste en médecine interne générale du SMR. Dans son rapport d'examen clinique rhumatologique du 21 janvier 2008, ce spécialiste a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec rétrolisthésis lombaires pluriétagés de degré I (M54), de périarthrite scapulo-humérale (PSH) bilatérale à nette prédominance gauche (M75) et d'arthrose des deux

poignets symptomatique à droite avec status après opération du tunnel carpien droit.

Il a pour le surplus relevé ce qui suit sous la rubrique «appréciation du cas» de son rapport:

«Suite à une chute dans les escaliers sur le dos et le poignet D, Monsieur X._____ a développé des lombosciatalgies bilatérales et des douleurs du poignet et de la base du pouce D. Par la suite, il a développé des cervicoscapulalgies bilatérales avec douleurs de la face antérieure du cou et de la face antérieure du thorax. Ces diverses douleurs ont un caractère essentiellement mécanique. Finalement, l'assuré se plaint également de fourmillements au niveau des deux talons.

Au status, on note des troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire et cervicale est très diminuée, mais l'assuré présente des signes de non organicité selon Waddell sous forme d'une importante démonstrativité à l'examen du rachis, de troubles sensitifs mal systématisés de l'hémicorps G sous forme d'un hémisyndrome sensitif probablement d'origine fonctionnelle et d'une discordance entre la distance doigts-sol et doigts-orteils sur le lit d'examen. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée, mis à part la mobilité de l'épaule G qui est limitée en abduction active, alors que l'abduction passive est bien conservée. Au niveau des épaules, les épreuves de Jobe et du palm-up sont douloureuses ddc, surtout à G. La mobilité des deux poignets est également limitée, surtout à D. La palpation du poignet D est par ailleurs douloureuse ainsi que sa mobilisation. Le status neurologique est par ailleurs sp, mis à part les troubles sensitifs mal systématisés de l'hémicorps G sous forme d'un hémisyndrome sensitif très probablement d'origine fonctionnelle.

Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence une arthrose des deux poignets, qui est actuellement symptomatique à D. Il existe également des troubles dégénératifs cervicaux. Les examens radiologiques lombaires mettent en évidence des troubles statiques et dégénératifs pluriétagés avec notamment rétrolisthésis lombaires pluriétagés de degré I, stable aux clichés fonctionnels.

Sur la base de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, la capacité de travail est nulle dans l'activité de carreur. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles sous-mentionnées, la capacité de travail est de 80%, en raison d'une certaine baisse du rendement.

Les limitations fonctionnelles

Rachis: nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids

excédant 12 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

Msup: Pas d'élévation ou d'abduction des deux épaules à plus de 60°, pas de lever de charges de plus de 8 kg avec les membres supérieurs.

Poignets: pas de port de charges lourdes et pas de travail lourd requérant l'utilisation d'un marteau ou d'une massue, d'un outil de frappe ou la manipulation d'outil vibrant.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Il y a une incapacité de travail de 100% dans l'activité de carreleur depuis le 25.05.2005. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par les pathologies ostéoarticulaires présentées par l'assuré, la capacité de travail est de 80% en raison d'une certaine baisse de rendement.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Il est resté stationnaire et complet dans l'activité habituelle de carreleur depuis le 25.05.2005.

Concernant la capacité de travail exigible, sur la base des constatations rhumatologiques effectuées lors de l'examen SMR Suisse Romande du 16.01.2008, il apparaît que la capacité de travail est nulle dans l'activité de carreleur. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles susmentionnées, la capacité de travail est de 80%.

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle: 0% comme carreleur.

Dans une activité adaptée: 80% depuis le: début septembre 2005, soit trois mois après l'accident.»

Dans son rapport d'examen du 24 janvier 2008, la Dresse L._____ a repris les diagnostics posés par le Dr Z._____ et a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais de 80% dans une activité adaptée.

Par communication du 19 mars 2008, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'une orientation professionnelle aurait lieu à l'Office pour déterminer ses possibilités de réinsertion professionnelle. Selon le rapport initial et final du 26 juin 2008, l'assuré s'était vu proposer un stage d'observation-orientation auprès du Centre K._____.

Selon le rapport du Centre K._____ du 18 mai 2009, le taux de présence de l'assuré du 6 avril au 13 mai 2009 avait été de 12%. Il s'était montré angoissé et traumatisé des suites d'une opération, avait indiqué qu'il souffrait de solitude (sa femme étant rentrée au Portugal) et n'avait fourni aucun élément susceptible de débiter le processus d'intégration professionnelle, ses plaintes démonstratives prenant l'entier du contenu de ses rencontres, voire de sa présence à l'atelier.

Selon le rapport d'IRM lombaire du 18 juin 2009, l'assuré présentait des troubles dégénératifs modérés, sans hernie discale.

Dans son rapport médical du 21 juillet 2009 à l'OAI, le Dr P._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cervico-brachialgies sur antélisthésies C3-C4, de troubles dégénératifs avec ostéophytes intervertébrales L4-L5, d'arthrose facettaires L5-S1, d'arthropathie de l'épaule gauche, d'hépatopathie avec varices oesophagiennes, de maladie thrombotique sur hémoglobinurie paroxystique nocturne et de personnalité borderline avec tendance à la dépendance. Les diagnostics de status après thrombose de la veine porte, de status après rupture du tendon bicipital, de status après cure du tunnel carpien et de diverticulose colique étaient sans effet sur la capacité de travail. Le Dr P._____ était d'avis que le pronostic était mauvais et que l'incapacité de travail était totale.

Par avis médical du 1^{er} septembre 2009, la Dresse L._____ du SMR a constaté que la tentative de stage de l'assuré avait été interrompue en avril 2009 sur la base d'une attestation du Dr P._____, reprenant les diagnostics retenus dans son rapport médical du 21 juillet 2009. Pour la Dresse L._____, les éléments médicaux objectifs ne devraient a priori pas modifier la diminution de rendement déjà retenue de 20% dans une activité adaptée. Elle relevait que l'IRM lombaire du 18 juin 2009 indiquait des troubles dégénératifs modérés sans hernie discale, ni canal étroit, ni glissement. Sur le plan psychiatrique, la personnalité de l'assuré ne l'avait pas empêché d'exercer une activité professionnelle et il n'était pas fait mention de suivi ni de traitement psychiatrique.

Par rapport médical à l'OAI du 10 novembre 2009, la Dresse D._____, gastroentérologue et spécialiste en médecine interne générale, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, une maladie thrombotique dans le cadre d'une suspicion d'hémoglobinurie paroxystique nocturne avec thromboses veineuses abdominales multiples, hypertension portale avec varice oesophagienne de stade II et cardiofundique et atrophie secondaire du lobe hépatique gauche. Le patient avait été revu pour la dernière fois à la consultation de gastroentérologie et hépatologie du Centre hospitalier M.____ (ci-après: Centre hospitalier M.____) en janvier 2009; il avait en outre séjourné en médecine interne dans cet hôpital du 24 janvier au 20 février 2008. Aux dernières consultations, la situation était stable, même si le patient restait à risque. La Dresse D._____ déclarait enfin ne pas être en mesure de se prononcer sur la capacité de travail.

Dans son rapport médical à l'OAI du 16 décembre 2009, le Dr Q._____, médecin au Service [...] au Centre hospitalier M._____, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de thromboses veineuses abdominales multiples depuis janvier 2008; il suivait l'assuré depuis février 2009. Il notait dans l'anamnèse la présence de douleurs abdominales résiduelles à la suite de la thrombose et ne se prononçait pas plus amplement sur la capacité de travail. Il a joint à son envoi son rapport médical du 26 octobre 2009 au Dr P._____, dans lequel il relevait qu'à l'examen clinique, le patient était en bon état général, le status abdominal révélant un abdomen souple et indolore et le reste du status étant sans particularité. Il proposait de poursuivre un contrôle régulier de la formule sanguine tous les deux mois et de revoir le patient dans six mois pour un contrôle clinique et biologique. Il suggérait en outre d'organiser un CT-abdominal pour évaluer l'évolution des thromboses abdominales et de la veine porte.

Par avis médical du 19 février 2010, le Dr H._____ du SMR a relevé que la pathologie mise en évidence par le Service [...] n'était pas incapacitante au sens de l'AI, les conclusions du rapport du SMR du 24

janvier 2008 étant toujours d'actualité avec une capacité de travail exigible nulle dans la profession de carreleur et de 80% dans une activité adaptée compte tenu des limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique.

Dans son rapport final du 16 avril 2010, l'OAI a retenu un revenu hypothétique sans invalidité de 66'985 fr. 10 en 2006, et un revenu d'invalidé de 40'254 fr. 20.

Par projet d'acceptation de rente du 22 juillet 2010, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à un quart de rente dès le 25 mai 2006. Il a retenu ce qui suit sous un titre «résultat de nos constatations»:

«Depuis le 25.05.2005 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

- Sur la base des éléments contenus au dossier, vous avez travaillé depuis le 17 janvier 2005, en tant que carreleur auprès de la société l. _____, à [...].

- En complément aux renseignements médicaux en notre possession, un examen clinique rhumatologique est réalisé le 16.01.2008 auprès du Service médical régional AI.

- Il ressort des observations médicales que la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle. Par contre, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, telles que: *Rachis* - nécessité de pouvoir alterner 2 x par heure la position assise et la position debout; pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg; pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg; pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. *Membres supérieurs* - pas d'élévation ou d'abduction des deux épaules à plus de 60°; pas de lever de charges de plus de 8 kg avec les membres supérieurs. *Poignets* - pas de port de charges lourdes et pas de travail lourd requérant l'utilisation d'un marteau ou d'une massue, d'un outil de frappe ou la manipulation d'outil vibrant, vous conservez une capacité de travail de 80% depuis septembre 2005.

- Par la suite et afin de déterminer quelle intégration professionnelle est raisonnablement exigible en tenant compte des limitations, une mesure par un stage d'observation-orientation est mise en place le 06.04.2009 au Centre K. _____ de [...]. Cette tentative de stage a été interrompue par un arrêt maladie dès le 12 avril 2009, de sorte que de nouveaux renseignements médicaux ont été demandés.

- Après analyse de l'ensemble des renseignements médicaux contenus au dossier, l'exigibilité de la capacité de travail dans une activité adaptée est maintenue à 80 %.

- Tel est le cas dans des activités légères.

[...]

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 2006, CHF

4'732.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA; 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 2006 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'933.11 (CHF 4732.00 x 41,7: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59'197.32.

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 80%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 47'357.86 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu des limitations fonctionnelles citées plus haut, un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 40'254.18.

Afin de déterminer le préjudice économique, le revenu invalide ci-dessus doit être comparé au revenu sans atteinte à la santé, soit CHF 66'985.10 (CHF 28.-/heure + vacances + 13ème salaire).

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:

sans invalidité CHF 66'985.10

avec invalidité CHF 40'254.20

La perte de gain s'élève à CHF 26'730.90 = un degré d'invalidité de

39.90%

Il ressort des constatations qu'aucune autre mesure d'ordre professionnel n'est susceptible de diminuer le préjudice économique.

Notre décision est par conséquent la suivante:

Dès le 25.05.2006 (à l'échéance du délai de carence d'une année), vous avez droit à un quart de rente.»

Le 1^{er} septembre 2010, l'assuré a adressé ses objections à l'OAI, en expliquant que c'était son accident qui était à l'origine de ses problèmes de santé, qui devenaient de plus en plus handicapants.

Par courrier du 23 septembre 2010 à l'assuré, l'OAI lui a fait savoir que l'examen clinique auprès du SMR du 16 janvier 2008 avait pleine valeur probante, que les renseignements médicaux complémentaires (gastro-entérologie/[...] du Centre hospitalier M_____/médecin traitant) ne contenaient aucun élément susceptible de

mettre en doute les conclusions du SMR et que son projet de décision du 22 juillet 2010 était fondé et devait être confirmé.

Par décision du 25 octobre 2010, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2006.

Le 24 novembre 2010, le Dr P._____ a établi un rapport médical, dans lequel il a relevé qu'il avait dû récemment envoyer son patient chez des spécialistes en rhumatologie en raison de douleurs sur le site de l'ancienne fracture avec irradiation vers l'épaule. L'IRM effectuée avait montré une discopathie étagée depuis L2-L3 jusqu'à L4-L5 et un contrôle radiologique avait confirmé la présence d'une listhésis au niveau L3-L4. Une rupture du tendon du sus-épineux avait par ailleurs été trouvée, qui expliquait la péjoration de l'état de l'assuré et l'importance de son handicap actuel. Le Dr P._____ sollicitait dès lors une réévaluation de son cas. Il a joint à son rapport un rapport du 19 février 2010 du Dr C._____ du Service [...] du Centre hospitalier M._____, qui y posait le diagnostic de cervico-brachialgies gauches avec rupture du tendon du sus-épineux de l'épaule gauche, status post fracture diaphysaire de l'humérus gauche et tunnel carpien gauche. L'examen clinique était le suivant:

«Epaule gauche: Mobilité en flexion 110°, abduction 100°, rotation interne L5, rotation externe 20°, mobilisation passive symétrique. Test de Jobe positif, force symétrique en rotation externe. Lift-off négatif.»

Ce médecin a encore relevé ce qui suit:

«Le patient présentant des douleurs type inflammatoires, je préconise une prise en charge de physiothérapie à but antalgique-anti-inflammatoire en piscine avec des séances de massage et de relaxation. Dans un second temps et sous réserve de baisse de douleurs, une physiothérapie plus tonique pourrait être mise en route.

Concernant le tunnel carpien, le patient recontactera la Dresse V._____ en cas de nécessité.

Le patient étant sous traitement de Sintrom pour une thrombose de la veine porte, une infiltration sous-acromiale cortisonée ne peut être pratiquée dans la situation actuelle.»

Le Dr P._____ a en outre joint à son rapport médical du 24 novembre 2010 un rapport médical de la Dresse F._____ du 11 octobre 2010. Cette médecin avait examiné l'assuré à la consultation de l'Unité [...] du Département [...] les 16 août 2010 et 30 septembre 2010. Elle a retenu notamment ce qui suit dans son rapport médical du 11 octobre 2010:

«Examen clinique:

Patient à l'état général conservé, se levant plusieurs [fois] durant l'anamnèse en raison des douleurs lombaires.

L'examen demeure difficile, le patient étant extrêmement crispé et ne comprend pas nos consignes.

Son poids est de 85 kg pour une taille de 172 cm. L'abdomen est globuleux et diffusément douloureux. Bruits bien audibles.

Au status ostéo-articulaire, on retient:

Douleurs à la palpation cervicale. La mobilisation cervicale est également douloureuse, mais les amplitudes articulaires sont fonctionnelles.

Au niveau lombaire, douleurs à la mobilisation segmentaire et syndrome lombo-vertébral avec DDS de 60 cm.

Au niveau des membres supérieurs, il n'y a pas de déformation ou de signe d'arthrite. La mobilisation des épaules, des coudes et des poignets est correcte, mais annoncée comme douloureuse en fin de course surtout au niveau des épaules.

Au niveau des membres inférieurs, la manœuvre de Lasègue déclenche des douleurs lombaires à 60°. La mobilisation des hanches et des genoux est correcte. Rien de particulier au niveau des talons ou de la plante des pieds où le patient annonce des douleurs type brûlures.

La marche à plat se fait avec une discrète boiterie à droite. La marche sur la pointe des pieds à droite est pratiquement impossible, ainsi que sur les talons.

Dans le dossier du Centre hospitalier M._____, on trouve un rapport d'IRM cervicale de mars 2007 qui parle en faveur d'une protrusion discale en C2/C3. Je n'ai pas trouvé d'IRM lombaire récente.

Quant à la notion d'un spondylolisthésis L3/L4 décrit sur les clichés de 2006, je mentionne qu'un CT lombaire de novembre 2006 effectué au Centre hospitalier M._____ n'aurait pas démontré de spondylolisthésis, ni de lyse isthmique à ce niveau.

Conclusion:

Votre patient présente une pathologie complexe, d'une part de douleurs ostéo-articulaires axiales et périphériques et d'autre part une pathologie abdominale inquiétante, le tout étant enveloppé dans un état anxio-dépressif chez un patient déraciné en difficulté socio-professionnelle et familiale.

Sur le plan thérapeutique, je n'ai malheureusement pas de solution sinon de conjuguer nos efforts pour documenter tous ses problèmes de santé et appuyer son dossier pour une reconnaissance à l'Al.»

B. Par acte du 25 novembre 2010, X._____ a recouru contre la décision du 25 octobre 2010 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à ce qu'une nouvelle décision soit rendue. Il explique notamment qu'il souffre d'intenses douleurs, contre lesquelles il ne peut pas prendre de médicaments, dans la mesure où il a subi une thrombose qui lui a provoqué des varices oesophagiennes, qu'il a des crises lui causant également de fortes douleurs, et qu'il présente en outre d'importantes douleurs à l'épaule gauche, au bras et à la main. Il explique qu'avant l'accident de travail, il était en pleine santé et n'avait jamais manqué au travail, mais que depuis lors, ses problèmes de santé sont de plus en plus nombreux et handicapants. Il a notamment joint à son écriture le rapport médical du Dr P._____ du 24 novembre 2010, le rapport médical du 19 février 2010 du Dr C._____, ainsi que celui de la Dresse F._____ du 11 octobre 2010.

Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 16 février 2011 et exonéré d'avances.

Dans sa réponse du 1^{er} mars 2011, l'OAI propose le rejet du recours. Il produit un avis médical du SMR du 15 février 2011 selon lequel les plaintes exprimées, le status clinique et l'examen de la Dresse F._____ sont strictement superposables à l'examen rhumatologique pratiqué au SMR en janvier 2008, sans élément nouveau sur le plan des autres affections somatiques, la capacité de travail étant toujours nulle comme carreleur et de 80% dans une activité adaptée.

Dans sa réplique du 25 mars 2011, le recourant répète que c'est l'accident de mai 2005 qui a provoqué ses problèmes de santé, en rappelant qu'il présente en outre depuis janvier 2008 de fortes douleurs abdominales et que le quart de rente qui lui est alloué ne lui permet pas de vivre. Il soutient enfin que les rapports médicaux au dossier attestent de ses graves problèmes de santé. Il produit avec son écriture des pièces figurant déjà à son dossier, ainsi qu'un rapport médical du 19 mars 2011 du Dr P._____, selon lequel la chute [de 2005] a déstabilisé la situation de l'assuré. Ce médecin indique qu'il vient d'effectuer un contrôle

radiologique qui confirme la présence d'une listhésis au niveau L3-L4 et répète qu'une rupture du tendon du sus-épineux explique la péjoration de l'état de santé et l'importance du handicap actuel, estimant que le pronostic est mauvais.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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 (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité d'un taux supérieur à celui d'un quart de rente reconnu

dans la décision attaquée, singulièrement sur l'évaluation de l'incapacité de travail à laquelle l'intimé a procédé. Le recourant fait valoir en substance que les pièces au dossier auraient dû conduire l'intimé à lui reconnaître une incapacité de travail supérieure. Quant à l'intimé, il soutient que l'examen du Dr Z._____ est probant et que si la capacité de travail du recourant est nulle dans son activité habituelle de carreleur, elle est de 80% dans une activité adaptée.

3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20), 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;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

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 a pu prendre naissance avant cette date (cf. ATF 130 V 445 et les références) -, cette disposition prévoyait que l'assuré avait droit à un quart de rente s'il était invalide à 40% au moins, à une demie rente s'il était invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il était invalide à 60% au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins (RO 2003 p. 3844).

Par ailleurs, l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, prévoyait que le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré avait présenté (a) une incapacité de gain durable de 40% au moins (art. 7 LPGA), ou (b) une incapacité de travail de 40% au moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (RO 1987 p. 449).

b) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 p. 3372 sv.) que dans celle en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 p. 3854), reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1^{er} janvier 2003 (ATF 130 V 343 consid. 3, p. 345 ss). Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7, p. 228 ss). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même. Elle implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité («revenu hypothétique sans invalidité») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré («revenu d'invalidé»); c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4, p. 348 sv.).

4. a) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports

médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, 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 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 soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

b) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3, 3.4.2.7; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisé par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en œuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4, p. 469 sv.). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

5. Le recourant fait valoir qu'il était en parfaite santé avant l'accident de mai 2005, qui a selon lui provoqué ses problèmes de santé, auxquels se sont ajoutés de fortes douleurs abdominales. Il se plaint ainsi d'intenses douleurs, notamment au niveau de l'épaule gauche, du bras et de la main, contre lesquelles il explique ne pouvoir prendre de médicaments, compte tenu de la thrombose qu'il a présentée et qui lui a provoqué des varices oesophagiennes.

Il n'est pas contesté que le recourant a été victime d'un accident le 20 mai 2005 dans le cadre de son activité de carreleur, à l'occasion duquel il est tombé sur les fesses puis s'est réceptionné avec la main droite (cf. rapport médical de la Dresse R. _____ du 24 août 2006). Les médecins de la Clinique B. _____ ont retenu dans leur rapport médical du 11 janvier 2006 les diagnostics de thérapie physiques et fonctionnelles, de lombalgie chronique et de discopathies lombaires étagées débutantes, ainsi que celui de trouble de l'anxiété sans influence sur la capacité de travail. Le Dr N. _____ a observé le 27 février 2006 que le recourant présentait des lombalgies banales et des pseudo-sciatalgies droites sans grand substrat anatomique démontrable. Pour ce médecin, à neuf mois d'un traumatisme banal qui n'avait pas entraîné grand-chose, le statu quo sine était sûrement atteint depuis longtemps. La CNA a ainsi mis un terme à ses prestations le 10 mars 2006.

Cela étant, dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations AI de l'intéressé, l'intimé a recueilli les avis de ses médecins. Ainsi la Dresse R. _____ a diagnostiqué une arthrose dégénérative des deux poignets, symptomatique à droite, et un tunnel carpien bilatéral probablement asymptomatique (cf. son rapport médical du 24 août 2006), estimant la capacité de travail totale, s'agissant de l'atteinte aux mains, dans une activité manutentionnaire légère. En juillet 2007, cette médecin a constaté une amélioration de l'état de santé du recourant, qu'elle avait finalement opéré le 10 mai 2007 du tunnel carpien à droite avec une évolution favorable. Pour elle, seul le diagnostic d'arthrose dégénérative des deux poignets, symptomatique à droite depuis 2005, avait un effet sur

la capacité de travail, laquelle était totale dans un travail léger depuis le 25 juin 2007, soit six semaines après l'opération du tunnel carpien (cf. son rapport médical du 27 juillet 2007).

Pour sa part, la Dresse F. _____ a posé les diagnostics de dorso-lombalgies sur troubles dégénératifs étagés et dysbalance musculaire, jugeant l'incapacité de travail entière dans toute activité (cf. son rapport médical du 16 mai 2007).

Afin de déterminer la capacité de travail résiduelle du recourant dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, un examen clinique rhumatologique a été confié au Dr Z. _____ du SMR. A la suite de son examen du 16 janvier 2008, ce spécialiste a retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec rétrolisthésis lombaires pluriétagés de degré I (M54), de périarthrite scapulo-humérale (PSH) bilatérale à nette prédominance gauche (M75) et d'arthrose des deux poignets symptomatique à droite avec status après opération du tunnel carpien droit. Dans le cadre de son examen, il a constaté des troubles statiques du rachis et observé que la mobilité lombaire et cervicale était très diminuée. Quant à la mobilité des articulations périphériques, elle était bien conservée, mis à part la mobilité de l'épaule gauche qui était limitée en abduction active, alors que l'abduction passive était bien conservée. Au niveau des épaules, les épreuves de Jobe et du palm-up étaient douloureuses des deux côtés, surtout à gauche. La mobilité des deux poignets était également limitée, surtout à droite. Quant aux examens radiologiques, ils mettaient en évidence une arthrose des deux poignets, ainsi que des troubles dégénératifs cervicaux. Les examens radiologiques lombaires mettaient quant à eux en évidence des troubles statiques et dégénératifs pluriétagés avec notamment rétrolisthésis lombaires pluriétagés de degré I. Compte tenu de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, le Dr Z. _____ a estimé que la capacité de travail du recourant était nulle dans l'activité de carreleur, mais qu'elle était de 80% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (rachis: nécessité de pouvoir alterner deux

fois par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Membres supérieurs: pas d'élévation ou d'abduction des deux épaules à plus de 60°, pas de lever de charges de plus de 8 kg avec les membres supérieurs. Poignets: pas de port de charges lourdes et pas de travail lourd requérant l'utilisation d'un marteau ou d'une massue, d'un outil de grappe ou la manipulation d'outil vibrant), compte tenu d'une certaine baisse de rendement, et ce depuis septembre 2005 (soit trois mois après l'accident).

Il convient de constater que l'expertise du Dr Z. _____ doit se voir reconnaître pleine valeur probante: elle repose en effet sur une connaissance approfondie du dossier du recourant, sur des examens complets de ce dernier, dont les plaintes ont au demeurant été prises en compte, et est exempte de contradictions. Elle n'est par ailleurs pas contredite par d'autres documents médicaux. En particulier, le rapport d'IRM lombaire du 18 juin 2009 a permis d'établir que le recourant présentait des troubles dégénératifs modérés, sans hernie discale: ce constat est superposable aux observations du Dr Z. _____. En outre, les diagnostics de cervico-brachialgies, de troubles dégénératifs avec ostéophytes et d'arthropathie de l'épaule gauche posés par le Dr P. _____, dans son rapport médical du 21 juillet 2009, ne sont pas nouveaux, recourent les diagnostics retenus par le Dr Z. _____ et ressortent des observations qu'il a faites à l'occasion de l'examen clinique du 16 janvier 2008.

Cela étant, le Dr P. _____ ayant fait état d'une hépatopathie avec varices oesophagiennes ainsi que d'une maladie thrombotique sur hémoglobinurie paroxystique nocturne dans son rapport médical du 21 juillet 2009, l'OAI a sollicité des médecins concernés des rapports médicaux. Ainsi, la Dresse D. _____ a diagnostiqué une maladie thrombotique dans le cadre d'une suspicion d'hémoglobinurie paroxystique nocturne avec thromboses veineuses abdominales multiples, hypertension portale avec varice oesophagienne de stade II et

cardiofundique et atrophie secondaire du lobe hépatique gauche, en précisant que le recourant avait séjourné au Centre hospitalier M. _____ du 24 janvier au 20 février 2008. Cela étant, cette médecin a relevé qu'aux dernières consultations, la situation était stable, même si le patient restait à risque, sans se prononcer sur la capacité de travail (cf. son rapport médical du 10 novembre 2009). Quant au Dr Q. _____, qui suit le recourant depuis février 2009, il a diagnostiqué des thromboses veineuses abdominales multiples depuis janvier 2008, sans non plus se prononcer sur la capacité de travail (cf. son rapport médical du 16 décembre 2009). Cela étant, il a relevé, dans son rapport médical du 26 octobre 2009 au Dr P. _____, que le patient était en bon état général. Il proposait uniquement de poursuivre un contrôle sanguin tous les deux mois et de revoir le patient dans un délai de six mois pour un contrôle clinique et biologique.

Dans ces conditions, il apparaît que l'avis du Dr H. _____ du SMR (cf. avis médical du 19 février 2010), selon lequel la pathologie mise en évidence par le Service [...] n'est pas incapacitante au sens de l'AI, les conclusions du rapport du SMR du 24 janvier 2008 étant toujours d'actualité, peut être suivi, les renseignements médicaux complémentaires n'étant pas de nature à mettre en doute les conclusions du rapport d'examen du Dr Z. _____.

Quant aux rapports médicaux du Dr P. _____ des 24 novembre 2010 et 19 mars 2011, ils ne font pas non plus état d'éléments dont il n'aurait pas été tenu compte, en particulier dans le cadre de l'examen du Dr Z. _____. Ainsi, la discopathie pluriétagée de L2-L3 à L4-L5 n'est pas récente: la Dresse F. _____ la mentionnait déjà dans son rapport médical du 6 juin 2006. Quant au Dr Z. _____, il a également constaté que les examens radiologiques mettaient en évidence des troubles statiques et dégénératifs pluriétagés. Il en va de même de la listhésis au niveau L3-L4, dont il était déjà question dans le rapport d'examen de la colonne lombaire du 8 février 2006. Par contre, le Dr P. _____ faisait état d'une rupture du tendon du sus-épineux, laquelle serait à l'origine de la péjoration de l'état de santé du recourant et de

l'importance de son handicap. Etait joint à son rapport du 24 novembre 2010 un rapport du 19 février 2010 du Dr C. _____ qui diagnostiquait des cervico-brachialgies gauches avec rupture du tendon du sus-épineux de l'épaule gauche. Or la présence d'une telle rupture n'avait pas été mise en évidence par le Dr Z. _____. Il ressort en outre du rapport médical du 11 octobre 2010 de la Dresse F. _____, postérieur à celui du Dr C. _____ et faisant suite à deux consultations des 16 août 2010 et 30 septembre 2010, que l'état général du patient était conservé. S'agissant plus spécifiquement des membres supérieurs, la Dresse F. _____ a relevé qu'il n'y avait pas de déformation ou de signe d'arthrose, la mobilisation des épaules, des coudes et des poignets étant correcte, mais annoncée comme douloureuse en fin de course, surtout au niveau des épaules. A cet égard, le Dr Z. _____ notait déjà dans son rapport d'examen de janvier 2008 que la mobilité des articulations périphériques était bien conservée, mis à part la mobilité de l'épaule gauche qui était limitée en abduction active. Toujours au niveau des épaules, le Dr Z. _____ notait que les épreuves de Jobe et du palm-up étaient douloureuses des deux côtés, surtout à gauche. Du reste, s'agissant des limitations fonctionnelles des membres supérieurs, ce médecin notait «pas d'élévation ou d'abduction des deux épaules à plus de 60°, pas de lever de charges de plus de 8 kg avec les membres supérieurs». Il apparaît ainsi que les observations de la Dresse F. _____ sont superposables à celles du Dr Z. _____, et que le diagnostic de lésion du sus-épineux, qui n'est pas décelable, ne s'est pas traduit par une péjoration de l'état de santé du recourant. Le rapport d'examen du Dr Z. _____ conserve dès lors pleine valeur probante.

Dans ces conditions, il convient de retenir que le recourant présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de carreleur, mais une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, depuis septembre 2005, soit trois mois après l'accident.

6. Quant au grief du recourant, selon lequel le quart de rente qui lui est alloué (30 fr. par mois du 1^{er} mai au 31 décembre 2006, puis 31 fr. par mois dès le 1^{er} janvier 2007) ne lui permettrait pas de vivre, il doit être

écarté. Dès lors que le recourant dispose d'une capacité résiduelle de travail de 80% dans une activité adaptée, il est ainsi en mesure de réaliser un revenu complémentaire à la rente.

7. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires sont supportés par le canton, provisoirement (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). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance 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 depuis le début de la procédure.

Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA).

**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 25 octobre 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. 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 mis à la charge de l'Etat.

V. 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 :

- X. _____,
- 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 :