

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 mai 2015

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Thalmann et M. Merz, juges
Greffière : Mme Brugger

Cause pendante entre :

K._____, à [...], recourant, représenté par Me Ninon Pulver, avocate à Genève,

et

Y._____, à Vevey, intimé.

Art. 6, 7, 8 et 44 LPGA; 4 al. 1, 17 et 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], ressortissant [...], au bénéfice d'un permis B, travaillait depuis le 1^{er} septembre 2007 en qualité de monteur-électricien au sein de l'entreprise L._____, société appartenant au frère de l'assuré et active dans l'isolation de façades. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Le 9 mai 2008, l'assuré a été victime d'un accident en jouant au football. Dans un rapport du 22 octobre 2008 à la CNA, le Dr D._____, médecin généraliste et médecin traitant de l'assuré, a constaté une tuméfaction douloureuse de la cheville droite, limitée dans les mouvements du pied entraînant ainsi une difficulté à la marche. Il a posé le diagnostic d'entorse vraie de la cheville droite avec déchirure ligamentaire. Le traitement consistait en la « *mise en place d'une attelle + AINS [anti-inflammatoire non stéroïdien] + Repos dans un 1^{er} temps, si l'évolution est satisfaisante, dans un 2^{ème} temps, Physiothérapie de proprioception de coordination et de renforcement musculo-ligamentaire* ». Il a attesté une incapacité de travail totale du 9 au 27 mai 2008, la suite de la prise en charge étant assurée par le Dr P._____, spécialiste en orthopédie.

Au vu d'un syndrome douloureux chronique, l'assuré a subi une arthroscopie de la cheville droite le 16 octobre 2008, le Dr P._____ procédant à un débridement de synovite et une infiltration cortisonée. Par courrier du 10 novembre 2008 à la CNA, le Dr P._____ a précisé que l'intervention précitée avait révélé un status inflammatoire de la cheville, mais pas d'autre lésion ostéocondrale ou ligamentaire d'importance.

Dans un rapport du 8 décembre 2008, le Dr C._____, médecin d'arrondissement à la CNA, a mentionné que l'examen clinique était dominé par des signes de non organicité avec des réactions de retrait

et une pseudo-parésie du pied droit. Objectivement, la cheville était tout à fait calme, sans aucun signe réactif ou dystrophique local. Il n'y avait pas de tuméfaction, pas de discoloration, pas de différence de température ni d'hypersudation, tout au plus une amyotrophie modérée, diffuse, de toute la jambe droite s'expliquant par un patient marchant en décharge complète depuis sept mois. Le Dr C._____ a préconisé un bilan approfondi et une rééducation à la marche auprès de la Z._____ (ci-après : la Z._____).

Dans un rapport de synthèse du 2 mars 2009 faisant suite à un séjour de l'assuré à la Z._____ du 7 janvier au 13 février 2009, les Drs F._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, ainsi qu'en rhumatologie, et M._____, respectivement directeur médical et médecin-assistante au service de réadaptation de l'appareil locomoteur, ont à la suite de nombreux bilans et investigations (radiographies des chevilles et pieds des 15 janvier et 11 février 2009, imagerie par résonance magnétique (IRM) de la cheville et du pied droit du 21 janvier 2009, ultrason (US) de la cheville droite le 6 février 2009, scintigraphie osseuse le 12 janvier 2009, consultation de l'appareil locomoteur du 11 février 2009, électroneuromyogramme (ENMG) du 14 janvier 2009, consilium psychiatrique du 14 janvier 2009 et rapport de physiothérapie) posé les diagnostics suivants :

« DIAGNOSTIC PRIMAIRE

- Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)

DIAGNOSTICS SECONDAIRES

- 09.05.2008, entorse de la cheville droite avec déchirure du ligament péronéo-astragalien antérieur (T 93.3)
- 16.10.2008, arthroscopie de la cheville droite et débridement de synovite, infiltration cortisonée (Z 98.8)
- Douleurs persistantes de la cheville droite (M 25.5) ».

Au chapitre de l'appréciation et de la discussion du cas, ils ont notamment exposé ce qui suit :

« [...].

Le consilium psychiatrique ne montre pas de trouble psychiatrique. Le patient présente un comportement démonstratif et une tendance au catastrophisme dans un contexte social et professionnel

défavorable (intégration insuffisante et emploi peu investi). Une certaine immaturité est également perceptible et conduit à une altération du fonctionnement dans le sens d'un mouvement de régression. Mention de nombreuses croyances erronées quant à son problème. Le patient a eu quelques entretiens avec la psychologue clinique et un traducteur pour favoriser la réassurance et l'implication dans la rééducation.

Au terme du bilan somatique et psychiatrique, nous retenons donc la modicité des observations somatiques objectives, seule une synovite antéro-externe étant manifeste. Les plaintes, par contre, sont amplifiées avec un comportement installé d'invalidé et une marche en décharge pratiquement complète du MID [membre inférieur droit]. Il faut donc reconnaître une discordance nette entre ces plaintes et le status local. Il ne fait pas de doute que c'est dans le cadre psychologique qu'il faut chercher une partie au moins de l'explication aux plaintes et comportement d'invalidé. Fort de ces observations, nous avons essayé de mettre en place un essai de traitement basé sur la prise de confiance et sur la mise en charge. Ainsi, en physiothérapie, le traitement individuel n'a comporté que des thérapies en actif avec exercices de mise en charge, au début par un travail indirect, exercices de mobilisation du pied et des orteils en chaîne fermée, travail de déroulement, travail de la marche et mise en charge avec contrôle de la balance. Il a participé aux traitements en groupe avec entraînement individualisé en salle de gymnastique, entraînement thérapeutique en salle de fitness et piscine. En fin de séjour, il déclare une amélioration légère pour poser le pied par terre mais toujours trop de douleurs pour l'intégrer en charge partielle à la marche. Objectivement le thérapeute observe qu'à l'entrée, le membre inférieur droit a été exclu pour chaque tâche y compris la marche.

A la sortie, il y a une intégration partielle du MID par exemple pour se lever en position debout ou pour la marche. Le patient est capable de marcher avec des cannes en alterné en intégrant le membre inférieur droit en charge partielle et avec un déroulement du pas quasi physiologique. Il est capable après insistance de marcher quelques pas sans canne, lentement mais sans boiter avec l'aide minimale de la thérapeute. En dehors des thérapies, Monsieur K. _____ se déplace presque toujours en décharge totale du membre inférieur droit. Il est capable de monter et descendre les escaliers en alterné de façon régulière avec la main courante d'un côté, une canne de l'autre côté.

Devant l'échec avéré de l'ensemble des thérapies effectuées, nous proposons au patient l'immobilisation plâtrée de sa cheville pendant 3 semaines en lui demandant de marcher en charge pour tenter un reconditionnement en l'absence de mobilisation de la cheville en évitant ainsi une possible aggravation de la synovite. En fait, le patient va mal tolérer l'immobilisation plâtrée et, dès le lendemain, nous devons changer de plâtre, ce qui sera fait.

Le patient sera revu exceptionnellement à notre consultation le 02.03.2009 pour une évaluation.

Du point de vue professionnel, le patient n'a pas de formation, et travaille comme manoeuvre dans l'entreprise d'isolation et de

façade de son frère. A la sortie, nous maintenons l'incapacité de travail totale qui sera rediscutée lors de la consultation du 02.03.2009. Au vu de l'évolution, nous observons que le processus d'invalidation est engagé avec un patient qui se montre très passif dans sa prise en charge. Il y a plusieurs facteurs qui montrent une évolution défavorable (cf. consilium psychiatrique) rendant une réintégration professionnelle très difficile. Il n'y a pas d'atteinte somatique qui puisse expliquer l'importance des plaintes. Au maximum on peut retenir une certaine inflammation de la capsule de l'articulation talo-astragalienne. Néanmoins, dans une activité adaptée, en position assise, le patient devrait présenter une capacité de travail quasi complète dans un délai de 4 semaines.

Le patient sort de la clinique avec une botte plâtrée avec les instructions de marcher en charge totale sur le membre inférieur droit jusqu'au 02.03.2009.

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE
MANŒUVRE
100% du 07.01.2009 au 02.03.2009 ».

Par avis médical du 8 avril 2009, le Dr N._____, spécialiste en chirurgie et remplaçant du médecin d'arrondissement de la CNA, a conclu que l'assuré avait une capacité de travail complète dans une activité adaptée en position assise. Dans un avis ultérieur du 16 juillet 2009, le Dr N._____ a relevé que l'assuré avait été pris en charge dans le service d'ergothérapie de l'hôpital de S._____ pour un syndrome de type CRPS [Complex regional pain syndrome; syndrome douloureux régional complexe] Il avec allodynie mécanique des rameaux calcaneés médiaux et latéraux ainsi que du nerf sural et ce, pour une durée de trois mois selon un rapport médical intermédiaire du 8 septembre 2009 du Dr Q._____, médecin-chef en anesthésiologie et antalgie de l'hôpital de S._____. Il était donc prématuré d'envisager la liquidation du cas avant la fin de ce traitement.

Dans un rapport du 6 janvier 2010 faisant suite à un examen médical final, le Dr C._____ a relevé les éléments suivants dans le cadre de l'appréciation du cas :

« [...].

Actuellement, le patient, qui ne parle pas le français mais qui est venu avec un ami, dit qu'il n'y a pas beaucoup de changement. Il a toujours des douleurs importantes, intéressant toute la circonférence de la cheville droite, prédominant à sa face postérieure. Il n'arrive pas à marcher en charge. Il s'aide

constamment de 2 cannes. Chez lui, il semble qu'il pose quand même le bout du pied droit sur le sol et que sa femme l'aide à marcher. Durant la nuit, les douleurs seraient plus modérées. Surélevant son pied avec un coussin, le patient parvient à dormir sans trop de problème.

A l'examen clinique, on est en présence d'un jeune homme de constitution assez gracile, à la thymie conservée, ne paraissant nullement algique, qui peut faire quelques pas dans la salle d'examen en charge partielle du MID, n'appuyant que le bout du pied droit.

Objectivement, la cheville droite paraît légèrement amincie. Elle ne présente pas de tuméfaction. Il n'y a aucun signe réactif ou dystrophique local. Il n'y a pas de discoloration, pas d'hypersudation, pas de différence de température entre les 2 pieds. La palpation ne reconnaît aucune zone allodymique particulière. En revanche, le patient maintient son pied droit rigoureusement immobile et fait valoir des douleurs importantes à toute tentative de mobilisation passive des articulations de son pied et de sa cheville, situant les douleurs essentiellement au niveau du tendon d'Achille. On peut cependant facilement vérifier que toutes ces articulations sont souples et que tous les groupes musculaires sont fonctionnels. On note également que les callosités plantaires restent bien marquées.

Le diagnostic de CRPS de type II ne saurait être confirmé.

Pour ma part, je conclus à un trouble fonctionnel, à une exclusion plus ou moins délibérée du pied droit, à un pseudo-handicap et j'invite la Suva à mettre un terme à toutes ses prestations ».

Par décision sur opposition du 19 mars 2010 confirmant une décision du 11 janvier 2010, la CNA a mis un terme aux prestations d'assurance (indemnité journalière et frais de traitement) avec effet au 31 janvier 2010. En effet selon l'appréciation de son médecin-conseil, les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident, mais étaient de nature exclusivement malade.

b) Dans l'intervalle, soit le 25 septembre 2009, K._____ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi de mesures pour une réadaptation professionnelle et/ou d'une rente, faisant état d'une lésion à la cheville droite.

Dans un rapport médical du 8 décembre 2009, le Dr P._____ a estimé que le diagnostic de syndrome douloureux persistant suite à une

entorse de la cheville droite avait des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré. Qualifiant le pronostic de mauvais, il a attesté une incapacité totale de travail du 9 mai 2008 au 30 septembre 2009 dans l'activité de manœuvre sur chantier, sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée.

Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assuré à son Service médical régional (ci-après : le SMR). Dans un rapport du 14 décembre 2009, le Dr W. _____ du SMR a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle dès le 9 mai 2008, mais de 100% dans une activité adaptée, soit excluant la marche et la station debout prolongée, mais autorisant une activité sédentaire (en position assise), l'aptitude à la réadaptation étant fixée à septembre 2009.

Par communication du 6 janvier 2010, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge des mesures d'intervention précoce sous la forme d'un cours de français en individuel effectué du 25 janvier au 30 avril 2010, soit à raison de 28 périodes pendant 90 minutes.

Par communication du 4 juin 2010, l'OAI a octroyé à l'assuré une aide au placement.

En date du 4 juin 2010, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision par lequel il entendait rejeter sa demande de prestations. Il a fixé le début du délai d'attente d'un an à mai 2009. Toutefois dès le mois de septembre 2009, une pleine capacité de travail pouvait être raisonnablement être exigée de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'assuré n'ayant déposé sa demande qu'en septembre 2009, une éventuelle rente ne pouvait dès lors être allouée que dès le 1^{er} mars 2010. Afin de déterminer le préjudice économique et par conséquent le degré d'invalidité présenté, l'OAI a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Il a estimé le revenu annuel sans invalidité à 60'615 fr. 55 en qualité de manœuvre sur un chantier et le revenu d'invalidité à 54'709 fr. 75 (compte tenu d'un taux d'abattement de 10%). La comparaison des revenus mettait en évidence

une perte de gain de 5'905 fr. 80, correspondant à un taux d'invalidité de 9,74%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Dans sa contestation du 25 juin 2010, l'assuré, par son conseil Me O._____, a indiqué qu'il n'avait pas recouvré une pleine et entière capacité de travail à partir du mois de septembre 2009. Il a déposé un lot de pièces dont un constat médical du 6 février 2010 du Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, lequel a retenu un CRPS post-traumatique (entorse de la cheville), ainsi qu'un rapport complémentaire du 14 avril 2010 du Dr B._____, spécialiste en radiologie, faisant suite à une IRM de la cheville droite le 2 mars 2010 concluant qu'« *au vu de la date du traumatisme (09.05.08), les foyers d'hyperintensité de signal T2 ne peuvent être expliqués par des lésions post-traumatiques directes. Par conséquent, l'hypothèse la plus probable, sur la base de l'imagerie, est celle d'une algodystrophie* ».

Par avis médical du 7 septembre 2010, le Dr J._____ du SMR a estimé que le nombre de documents déposés par l'assuré n'était pas proportionnel à leur pertinence. Aucun des documents présentés ne se prononçait sur la capacité de travail dans une activité adaptée et le mandataire de l'assuré ne fournissait aucun argument en faveur de cette thèse, raison pour laquelle le SMR ne modifiait pas sa position.

Par décision du 14 juillet 2010 dont la motivation figure dans un courrier séparé daté du 27 octobre 2010, l'OAI a confirmé son projet de décision du 4 juin 2010 et a dès lors refusé l'octroi d'une rente d'invalidité.

B. **a)** Par acte de son mandataire du 2 décembre 2010, K._____ recourt contre la décision du 27 octobre 2010 de l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois (Casso). Il conclut, sous suite de frais et dépens, à l'admission du recours, principalement à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente d'invalidité, ainsi qu'à des mesures professionnelles, subsidiairement à sa réforme en ce sens qu'il a droit à des mesures professionnelles, plus subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle

décision. Il sollicite en tout état de cause l'octroi de l'assistance judiciaire. Il dépose un lot de pièces dont un résultat d'IRM du 3 novembre 2010 et un rapport du Dr E. _____ du 26 novembre 2010 lequel a considéré que l'état de santé de l'assuré restait invalidant, qu'il n'était pas capable de marcher sans cannes et qu'il prenait des médicaments en dose importante et constante. Le recourant soutient qu'il est irréaliste de retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, compte tenu des limitations fonctionnelles liées à son état de santé, du fait qu'il ne puisse se déplacer sans cannes, de ses difficultés linguistiques, ainsi que de son manque de formation. Il ajoute qu'un tel emploi semble quasiment inconnu sur le marché du travail. Par ailleurs, il critique le taux d'abattement de 10% retenu par l'intimé et considère qu'une réduction supérieure doit lui être reconnue. Il soutient que son état de santé a évolué. A cet égard, il se réfère d'une part, au rapport médical du 23 septembre 2010 du Dr R. _____ lequel a préconisé des examens complémentaires ainsi qu'une expertise médicale orthopédique et d'autre part, au rapport médical du 26 novembre 2010 du Dr E. _____ lequel a mis en évidence des signes pathologiques objectifs. Il requiert dès lors la mise en œuvre d'une expertise médicale.

Par prononcé du 27 janvier 2011 (Aj 7/11), le juge alors en charge de l'instruction du dossier a accordé à l'assuré le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 2 décembre 2010, soit l'exonération de l'avance de frais et l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me O. _____, respectivement Me H. _____, successivement mandataires de l'assuré.

Dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-accidents, la Casso a, par arrêt du 19 octobre 2010 (AA 39/10 - 113/2010), admis le recours, annulé la décision sur opposition du 19 mars 2010 de la CNA et renvoyé la cause à cette autorité pour complément d'instruction et nouvelle décision. La CNA avait finalement acquiescé aux conclusions du recours de l'assuré compte tenu de l'appréciation médicale rendue le 23 septembre 2010 à sa demande par le Dr R. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil moteur, lequel a

conclu que le cas de l'assuré était incomplètement éclairci d'un point de vue médical et que des examens complémentaires, ainsi qu'une expertise médicale neutre orthopédique étaient donc indiqués.

Dans sa réponse du 31 janvier 2011, l'OAI a dès lors proposé la suspension de la cause jusqu'à l'obtention du rapport relatif à l'expertise qui devait être mise en œuvre par la CNA.

Par courrier du 3 février 2011, le juge alors en charge du dossier a avisé les parties que l'instruction de la cause en matière d'assurance-invalidité était suspendue jusqu'à ce que la situation médicale ait été clarifiée par la CNA dans le cadre de l'expertise mise en œuvre par l'assureur précité.

Par courrier du 27 novembre 2013 à la Cour de céans, Me H. _____ a requis d'être relevé de sa mission à la suite d'un courrier de l'assuré demandant à ce que Me Ninon Pulver lui soit désignée comme conseil d'office.

Par prononcé du 4 mars 2014, le juge alors en charge de l'instruction du dossier a relevé Me H. _____ de sa mission et a désigné en remplacement Me Pulver comme avocate d'office.

Dans un second prononcé également daté du 4 mars 2014, le juge alors en charge de l'instruction du dossier a fixé l'indemnité de conseil d'office allouée à Me H. _____ pour la présente cause à 656 fr. 55 pour la période allant du 4 janvier 2011 au 8 février 2013.

b) Dans l'intervalle, s'agissant de la procédure en matière d'accidents, la CNA a, par décision sur opposition du 14 décembre 2010 confirmant une décision du 23 novembre 2010, refusé de verser des prestations dès le mois de novembre 2010. Saisie d'un recours (AA 8/11), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a tenu une audience d'instruction le 12 mai 2014 au cours de laquelle le recourant a retiré purement et simplement son recours. La cause est ainsi devenue sans

objet, sans suite de frais, ni dépens, un délai étant imparti au conseil d'office du recourant pour adresser à la Cour sa liste de frais dans dite cause.

Par courrier du 16 juillet 2014, l'OAI a sollicité une reprise de l'instruction, un rapport d'expertise du 20 novembre 2012, ainsi qu'un rapport complémentaire du 4 décembre 2013 ayant été rendus dans la procédure en matière d'assurance-accidents.

Dans ses déterminations du 31 juillet 2014, l'intimé a constaté à la lecture du dossier constitué par la CNA, en particulier au vu du rapport d'expertise du 20 novembre 2012 et du complément d'expertise du 4 décembre 2013 du Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, chirurgie du pied et de la cheville, que l'assuré ne présentait aucune séquelle organique objectivable de l'accident du 9 mai 2008 et que la capacité de travail était entière dans toute activité lucrative, y compris celle exercée avant l'accident. Dans ces conditions, des mesures professionnelles étaient exclues. Quant au préjudice économique, inexistant en mars 2012, il n'était pas impossible qu'il s'élevait fin 2010 à 10%. En définitive, c'est avec raison que le droit à la rente avait été nié.

Dans son écriture du 10 décembre 2014, le recourant allègue qu'il présente toujours des séquelles organiques objectivables de l'accident du 9 mai 2008. Il se réfère à cet égard à un courrier du 20 novembre 2014 du Dr E._____ lequel lui a remis une copie du rapport 10 novembre 2014 de la Dresse X._____, médecin adjointe au département de chirurgie des TX._____ (ci-après : les TX._____), laquelle a estimé que le diagnostic de CRPS entrant dans le diagnostic différentiel, l'assuré remplissant les critères de Budapest pour évoquer un CRPS (douleurs permanentes disproportionnées par rapport à l'événement initial, 4 symptômes relatés par le patient dans les catégories sensorielles vasomotrices, sudo-motrice et motrice, à l'examen clinique on retrouve deux : hyperalgésie et réduction des amplitudes articulaires avec dysfonction motrice). La Dresse X._____ a toutefois émis l'hypothèse d'un auto-entretien du CRPS, ne s'expliquant pas le fait que même en

étant plâtré, si les problèmes étaient uniquement biomécaniques, l'assuré n'ait pu marcher en posant le talon sur le sol, mais qu'il ait continué à marcher comme il le fait d'habitude sur la pointe des pieds.

Dans ses déterminations du 8 janvier 2015, l'intimé est d'avis que les rapports récents transmis par le recourant ne font état d'aucun élément objectif nouveau, dont l'expert n'aurait pas tenu compte. Ce dernier a notamment expliqué de manière détaillée et convaincante pour quelles raisons il excluait la présence d'un CRPS. Il a par ailleurs analysé de façon approfondie les examens d'imagerie effectués en avril 2011.

Dans son écriture du 3 février 2015, le recourant précise qu'il est à nouveau hospitalisé en raison des suites de cet accident et persiste, pour le surplus, dans les conclusions de son recours.

Le 23 février 2015, Me Pulver a remis une liste détaillée de ses opérations.

Le 24 mars 2015, la nouvelle juge instructeur a sollicité de la CNA la production de son dossier, notamment les rapports des 20 novembre 2012 et 4 décembre 2013 du Dr V._____.

Par courrier du 2 avril 2015, les parties ont été informées que le dossier complet de la CNA avait été versé au dossier et que, sauf nouvelle réquisition, un jugement serait rendu dès que l'état du rôle le permettrait.

Dans son écriture du 9 avril 2015, le conseil du recourant a remis quatre documents médicaux, à savoir :

- un rapport du 13 février 2015 faisant suite à un examen électrophysiologique du Dr G._____, médecin adjoint agrégé du service de neurologie des TX._____,

- un courrier du 20 février 2015 à la Dresse X. _____ du Dr U. _____, responsable de la consultation du pied et de la cheville aux TX. _____, précisant que l'IRM montre un status post-arthroscopie de cheville avec une fibrose antéro-externe et des signes d'anciennes lésions de la syndesmose, le reste semblant tout à fait normal (pas de lésion du dôme du talus); le Dr U. _____ a ajouté qu'il avait beaucoup de mal à mettre le doigt sur un diagnostic précis.
- un bilan de physiothérapie du 3 mars 2015 de Madame T. _____, physiothérapeute aux TX. _____,
- une lettre de sortie du 5 mars 2015 au Dr E. _____ des Drs X. _____ et I. _____, médecin interne au département de chirurgie des TX. _____, lesquels ont exclu une allodynie, tout en évoquant un trouble fonctionnel neurologique ou une dystonie de fonction, laquelle pourrait s'inscrire dans le tableau d'un syndrome douloureux régional complexe chronique confirmé par la présence des critères de Budapest chez un patient qui remplit trois des quatre symptômes (hyperesthésie, œdème, dystonie et faiblesse) et quatre signes cliniques (hyperesthésie à la palpation diffuse de la cheville et du talon, œdème au niveau de la malléole externe, faiblesse sous forme de parésie de l'hallux droit et dystonie [orteils en griffe réductibles et marche en équin]).

A la demande de la juge instructeur, Me Pulver a, le 16 avril 2015, transmis un document permettant de définir les opérations figurant dans sa note d'honoraires du 23 février 2015 qui avaient été effectuées par sa stagiaire, sa collaboratrice et par elle-même.

Dans son écriture du 30 avril 2015, l'intimé a relevé que le but de l'hospitalisation n'était pas de déterminer la capacité de travail ou les limitations fonctionnelles de l'assuré. Les rapports transmis faisaient état des mesures mises en place pour aider l'assuré, notamment à remettre en charge progressivement son membre inférieur droit (en décharge depuis plusieurs années).

Le 6 mai 2015, les parties ont été informées que la cause paraissait en l'état d'être jugée et qu'un jugement pourrait être notifié dès que l'état du rôle le permettrait conformément au courrier de la juge instructeur du 2 avril 2015.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA; art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

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

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont

des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a).

b) En l'occurrence, le litige porte sur la question de savoir si le recourant souffre d'une atteinte invalidante ayant une influence sur sa capacité de travail, respectivement sur sa capacité de gain.

3. a) 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4).

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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231, 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1).

Cela étant, selon la jurisprudence, 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 citées; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2 et 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur

l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2).

4. En l'espèce, il est constant que le recourant a déposé une demande de prestations AI le 25 septembre 2009 en invoquant une lésion à la cheville droite. Dans le cadre de son recours, l'assuré a conclu à la mise en oeuvre de mesures d'instruction sur le plan médical au vu des rapports des 23 septembre 2010 du Dr R. _____ et 26 novembre 2010 du Dr E. _____ se référant à un rapport d'IRM du 3 novembre 2010. Une expertise orthopédique a finalement été organisée par la CNA à la suite de l'arrêt rendu le 19 octobre 2010 par la Casso (AA 39/10 - 113/2010). Dans un deuxième temps, soit dans le cadre de ses déterminations du 10 décembre 2014, le recourant conteste le bien-fondé des appréciations communiquées par le Dr V. _____ dans son rapport d'expertise du 20 novembre 2012 et son complément d'expertise du 4 décembre 2013, alléguant qu'il présente toujours des séquelles organiques objectivables de l'accident du 9 mai 2008. Il se réfère à cet égard à un courrier du 20 novembre 2014 du Dr E. _____, ainsi qu'à un rapport du 10 novembre 2014 de la Dresse X. _____, laquelle a estimé que le diagnostic de CRPS entrainé dans le diagnostic différentiel, l'assuré remplissant les critères de Budapest pour évoquer un CRPS. Dans un courrier ultérieur du 9 avril 2015, le recourant s'est référé à des documents médicaux faisant suite à son séjour aux TX. _____ du 28 janvier au 4 mars 2015 qui avait pour but

l'évaluation et la prise en charge de douleurs chroniques de la cheville droite.

a) Au vu de l'existence manifeste de points importants de divergence séparant les considérations des Drs Q._____ (rapport médical intermédiaire du 8 septembre 2009) et E._____ (constat médical du 6 février 2010) de celles des autres médecins qui se sont exprimés, il sied de constater l'absence de motifs décisifs pour dénier une valeur probante à leurs diagnostics respectifs notamment quant à la présence ou non d'un CRPS au niveau de la cheville droite. D'autres diagnostics ont été évoqués, à savoir une rupture de la syndesmose tibio-fibulaire inférieure, plus particulièrement du ligament tibio-fibulaire antérieur droit, une lésion du ligament talo-fibulaire antérieur droit, un CRPS de type II et une somatisation des troubles. Au vu de ces éléments, la Cour de céans a dès lors suspendu la présente cause jusqu'à connaissance du rapport d'expertise du Dr V._____ mandaté par la CNA suite à un renvoi de la cause à l'assureur précité pour instruction complémentaire.

b) Le Dr V._____ a examiné le recourant le 14 mars 2012. Dans son rapport du 20 novembre 2012, il a retenu les diagnostics de rupture du ligament talo-fibulaire antérieur de la cheville droite, consolidé, et de suspicion de rupture du ligament tibio-fibulaire antérieur droit, consolidé, lesquels ne pouvaient expliquer l'hyperpathie présentée par le patient, le status clinique de la cheville droite ne révélant par ailleurs aucune instabilité ligamentaire. Même s'il était possible qu'une lésion tibio-péronière soit survenue lors de l'accident avec rupture du ligament tibio-fibulaire antérieur, il n'y avait néanmoins aucun signe d'une instabilité séquellaire dynamique ou statique d'une telle lésion au niveau de la mortaise tibio-péronière droite. Il a également écarté, lors de l'examen pratiqué, le diagnostic de CRPS. En effet, le mollet droit ne présentait aucune amyotrophie par rapport au gauche, et son périmètre était même plus important que ce dernier, ce qui était normal pour un patient droitier. La mobilité tibio-tarsienne et sous-astragalienne était maintenue, symétrique, sans aucun équin résiduel. De même, les

hyperkératoses d'appui sous la plante du pied droit étaient également présentes alors que la décharge prolongée de plusieurs années aurait dû les faire disparaître. Ces hyperkératoses étaient également symétriques. Par ailleurs, il n'y avait aucun œdème au niveau du pied droit tant au niveau métatarsien que tibio-tarsien, élément confirmé par la mesure des périmètres au niveau des chevilles et de l'avant-pied. L'expert a ajouté qu'il existait une composante de somatisation des troubles dans une proportion de plus de 90%. Il a en outre précisé que l'assuré pouvait avoir présenté un CRPS dans le cours de l'entorse, mais actuellement il n'y avait aucune séquelle objectivable d'une telle maladie ajoutant que *« l'importance de l'hyperpathie démonstrative du patient aurait dû entraîner des séquelles majeures au niveau du membre inférieur droit par immobilisation et décharge, surtout sur une durée d'évolution de plusieurs années, ce qui n'[était] manifestement pas le cas ici »*. Même si un tel diagnostic pouvait être envisagé en 2008 ou 2009, celui de séquelles objectivables ne pouvait actuellement pas être retenu. L'expert a dès lors conclu que l'assuré présentait une capacité de travail et de rendement totale.

Un complément d'expertise a été préconisé afin que le Dr V._____ se prononce également sur le résultat des examens d'imagerie effectués préalablement et en vue de l'expertise, en avril 2011, soit un an avant l'examen clinique. Le Dr V._____ a sollicité l'avis des Drs HD._____, spécialiste en radiologie, lequel maîtrise particulièrement bien l'imagerie IRM de l'appareil locomoteur selon les termes utilisés par l'expert, ainsi que le Dr BW._____, spécialiste en radiologie et en médecine nucléaire, pour les examens scintigraphiques. Dans le cadre de son complément d'expertise du 4 décembre 2013, le Dr V._____ a apporté une modification mineure par rapport aux deux diagnostics qu'il avait posés dans son rapport d'expertise, en ce sens qu'il a supprimé le terme « suspicion » pour le deuxième diagnostic, sans séquelle clinique objectivable pour les deux diagnostics, notamment aucune instabilité clinique de la cheville droite (pas d'entorses à répétition). Concernant la scintigraphie osseuse de trois phases, il est mentionné que *« cette asymétrie de perfusion et d'hyperémie est modeste, et peut traduire la*

présence d'une algoneurodystrophie au décours. Il n'y a par contre pas d'asymétrie de captation des membres inférieurs proximale ce qui tend à indiquer que le patient marche sur ses deux membres inférieurs ». L'examen arthro-IRM de la cheville droite pratiqué le 6 avril 2011 concluait à l'absence d'œdème osseux. L'expert a rappelé qu'il n'y avait aucun examen paraclinique que l'on pouvait considérer comme absolument diagnostique de CRPS lequel se posait essentiellement sur la base de critères cliniques et anamnestiques, avec notamment les critères de Budapest. Sans préjuger de la présence des critères précités avant son examen clinique du 14 mars 2012, il a indiqué que cet examen n'avait apporté aucun élément objectif à ce moment-là qui pourrait faire penser à un CRPS séquellaire, et encore moins actif. L'expert a en outre relevé une totale discrédance entre les séquelles objectives visualisées à l'examen clinique et les plaintes avec hyperpathie présentées par l'assuré, ajoutant que les examens paracliniques pouvaient être utilisés comme auxiliaires mais qu'ils étaient pour la plupart d'une faible sensibilité et de spécificité modérée selon plusieurs études.

c) Au vu des éléments précités, la Cour de céans considère que l'expertise réalisée par le Dr V. _____ correspond en tous points aux critères dégagés par le Tribunal fédéral (ATF 134 V 231, 125 V 351 consid. 3a et les références) et doit donc se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle repose en effet sur l'étude du dossier médical complet, y compris les documents radiologiques du recourant et tient compte des plaintes de celui-ci. Conscient que la question essentielle à résoudre résidait dans l'établissement du diagnostic, l'expert V. _____ a fait référence à la littérature médicale, en prenant la peine d'exposer de manière détaillée les critères permettant d'exclure un syndrome douloureux régional complexe. Dans ce contexte, les différents documents produits par le recourant le 9 avril 2015 à la suite de son séjour aux TX. _____ du 28 janvier au 4 mars 2015 ne sauraient remettre en cause les conclusions de l'expert. Outre le fait que dit séjour faisait suite à une chute dans les escaliers en mars 2013 avec traumatisme crânien sans perte de connaissance et embarrure temporale gauche, exerçant un effet de masse au niveau du lobe temporal sans hémorragie associée, il sied de

relever que les Drs X._____ et I._____ ont confirmé l'appréciation antérieure de la Dresse X._____ (rapport du 10 novembre 2014), notamment relative à la scintigraphie osseuse du 29 mars 2011 qui - selon eux - permettait de conclure à la présence d'un probable syndrome douloureux régional complexe au décours. Sur ce point, l'expert a indiqué que cet examen ne pouvait être considéré comme certifiant un CRPS, ce d'autant plus qu'il avait été effectué dans la phase chronique ou évolutive. On peine finalement à comprendre comment les Drs X._____ et I._____ ont été en mesure de retenir un CRPS (rapport de sortie du 5 mars 2015), alors que le Dr U._____, responsable de la consultation du pied et de la cheville, avait antérieurement admis sa difficulté à mettre le doigt sur un diagnostic précis (rapport du 20 février 2015). A cela s'ajoute que la Dresse X._____ avait émis l'hypothèse d'un auto-entretien du CRPS, ne s'expliquant pas le fait que si les problèmes étaient uniquement biomécaniques, l'assuré même en étant plâtré n'ait pu marcher en posant le talon sur le sol, mais qu'il ait continué à marcher comme il le fait d'habitude sur la pointe des pieds. A cet égard, on rappellera que l'expert a indiqué les motifs pour lesquels on ne pouvait retenir la présence d'un œdème et d'un équin. En tout état de cause, les médecins des TX._____ ne sont pas prononcés sur la capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

d) Au vu des éléments précités, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'évaluation de la capacité de travail retenue par le Dr V._____, laquelle est entière sans diminution de rendement en l'absence de séquelles organiques objectivables du traumatisme distorsif à la cheville droite survenu le 9 mai 2008 (rapport d'expertise du 20 novembre 2012, réponse A.10, p. 11). Sur ce point, il sied de se référer à l'écriture de l'intimé du 31 juillet 2014 qui a estimé que la capacité de travail était entière dans toute activité lucrative, y compris dans celle exercée avant l'accident, en l'absence de limitations fonctionnelles à la date de l'examen clinique effectué par l'expert, soit en mars 2012. Il n'est certes pas impossible qu'avant la période précitée, le recourant présentait encore des limitations fonctionnelles n'autorisant que l'exercice d'une activité adaptée, telle que définie dans la décision litigieuse. A cet égard, le taux d'invalidité calculé

par l'intimé, soit 9,74%, n'est pas critiquable et ne fait d'ailleurs l'objet d'aucun grief de la part du recourant, sous réserve du taux d'abattement retenu de 10%. Même si l'on appliquait en l'occurrence un taux d'abattement supérieur, soit 25% (taux maximum admis par la jurisprudence, cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa), cela ne permettrait pas d'ouvrir le droit à la rente. Il n'y a par conséquent pas lieu d'examiner cette question plus avant. On relèvera toutefois que la présente appréciation ne préjuge pas, bien entendu, d'une éventuelle modification des faits déterminants postérieurement à la décision litigieuse compte tenu de l'événement de mars 2013, pouvant donner lieu à une éventuelle nouvelle demande de prestations de l'AI sur la base de l'art. 17 LPGA.

5. A titre subsidiaire, le recourant requiert de l'intimé qu'il lui accorde des mesures d'ordre professionnel.

a) Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée.

Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. L'appréciation de l'équivalence doit reposer sur une comparaison entre les possibilités de gain offertes par la profession initiale et celles que permet d'entrevoir la nouvelle profession ou une activité que la personne assurée doit

raisonnablement pouvoir exercer sur un marché équilibré du travail (cf. art. 16 LPGGA; ATF 124 V 108 consid. 2a). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, l'assuré ne peut prétendre une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées).

b) En l'espèce, vu que le taux d'invalidité retenu en 2010 par l'OAI ne s'élève qu'à 9,74%, le recourant ne peut prétendre à l'octroi de mesures professionnelles, dont le droit n'est ouvert qu'à partir d'une diminution de la capacité de gain de 20% environ. On peut constater que l'OAI a tout de même pris en charge des mesures d'intervention précoce, sous la forme de cours individuels de français, ainsi qu'une aide au placement (cf. communications des 6 janvier et 4 juin 2010). Par ailleurs, même s'il on prenait en compte un taux d'abattement de 25%, ce qui amènerait probablement à un taux d'invalidité de 20 ou 25%, le droit à des mesures professionnelles ne serait pas ouvert non plus. En effet, dans la mesure où une activité simple et répétitive ne nécessitant pas de formation particulière est exigible du recourant et qu'il n'a pas de profession de base, ayant déjà pu travailler ainsi, de telles mesures ne lui sont pas nécessaires pour pouvoir prétendre à un gain équivalent à celui que lui offrait son ancienne activité.

6. Vu l'ensemble des éléments qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être intégralement rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision rendue par l'OAI le 27 octobre 2010.

7. **a)** La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis

LAI et
49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

b) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Ninon Pulver à compter du 4 mars 2014 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD), étant entendu qu'une indemnité de conseil d'office d'un montant de 656 fr. 65 (débours et TVA compris) a d'ores et déjà été allouée à Me H. _____ pour la présente cause pour la période du 4 janvier 2011 au 8 février 2013 et ce, par prononcé du 4 mars 2014. Par ailleurs, Me Pulver a déjà perçu un montant total de 2'443 fr. débours et TVA compris dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-accidents pour son intervention du 4 mars au 19 mai 2014 (AA 8/11; AJ 3/11).

Le 23 février 2015, Me Pulver a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de son mandant dans le cadre de la présente affaire. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès, l'avocate précitée ayant fait état de vingt-et-un courriers, six entretiens téléphoniques et cinq mémos, en sus de l'étude du dossier, lesquels ne sauraient ressortir en totalité à la présente procédure judiciaire (notamment courriers à [...] et au service social).

L'activité de Me Pulver doit en définitive être arrêtée à 590 minutes au tarif horaire de 180 fr. (1'770 fr.), l'activité déployée par son stagiaire ne subissant pas de modification (275 fr.). Quant à l'intervention de la collaboratrice par 10 minutes, elle doit être supprimée (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile; RSV 211.02.3]). Le montant est par conséquent de 2'045 fr. à quoi s'ajoute la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 2'208 fr. 60 (2'045 fr. + 163 fr. 60) pour l'ensemble de l'activité déployée par Me Pulver dans la présente cause.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

**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 27 octobre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Pulver, conseil du recourant, est arrêtée à 2'208 fr. 60 (deux mille deux cent huit francs et soixante centimes), débours et TVA compris.
- 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.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Ninon Pulver, avocate à Genève (pour K. _____, à [...]),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :