

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 mars 2014

Présidence de Mme BRÉLAZ BRAILLARD
Juges : Mme Röthenbacher et M. Neu
Greffière : Mme Preti

Cause pendante entre :

V._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Philippe Nordmann,
avocat à Lausanne,

et

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

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

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1960, travaillait comme maçon-machiniste grutier pour l'entreprise Z._____SA, à [...], depuis le 12 mars 1989. Le 7 mars 2007, il a été victime d'un accident de travail, à savoir une chute d'environ trois mètres.

L'assuré s'est fait traiter au Centre J._____ (ci-après: Centre J._____), où le Dr R._____, médecin assistant, a posé les diagnostics de fracture comminutive du calcanéum droit avec atteinte de l'articulation calcanéocuboïdienne, de l'articulation sous-astragalienne et fracture de la grosse tubérosité, ainsi que fracture du calcanéum gauche (rapport médical du 11 avril 2007). Le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a opéré l'assuré le 21 mars 2007, pour reconstruction du calcanéum droit, arthrodèse sous-astragalienne et mise en place de Connexus (cf. protocole opératoire du Dr S._____).

Dans un rapport médical intermédiaire LAA du 31 août 2007, le Dr T._____, chirurgien orthopédique traitant de l'assuré exerçant au Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre J._____, a noté que l'évolution était favorable. Au pied gauche, l'assuré avait un traitement conservateur et présentait peu de douleurs. Au pied droit, après réduction ouverte et ostéosynthèse compliquée d'une infection précoce ayant nécessité le débridement de la plaie infectée et la mise en place d'antibiotiques locaux ainsi que la confection d'un lambeau fascio-cutané de rotation, l'évolution était également favorable.

Le 29 novembre 2007, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA), le Dr Z._____, chirurgien orthopédiste. Dans son rapport daté du même jour, il a estimé que la reprise de l'activité antérieure paraissait difficilement envisageable et qu'il convenait d'annoncer le patient à l'assurance-invalidité (AI). Il préconisait un séjour à

la Clinique P._____ (ci-après : Clinique P._____) au sens d'un complément de rééducation à la marche, d'une adaptation éventuelle des chaussures et d'une évaluation professionnelle.

B. Le 7 décembre 2007, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) une demande de prestations AI pour adultes tendant à une orientation professionnelle, un reclassement dans une nouvelle profession ou une rééducation dans la même profession. Il faisait valoir des fractures bilatérales multiples des calcanéums, une ostéosynthèse du talon droit (opération le 21 mars 2007) et une infection nosocomiale au pied droit.

Dans le questionnaire pour l'employeur établi le 13 février 2008 à l'attention de l'OAI, Z._____SA a indiqué que l'assuré avait travaillé à son service en qualité de grutier (et divers travaux de maçonnerie) depuis le 12 mars 1989 jusqu'à son accident du 7 mars 2007. L'employeur précisait que l'horaire de travail normal de l'entreprise était de 40 heures en hiver (8 heures par jour) et de 45 heures en été (9 heures par jour) et que, sans atteinte à la santé, l'assuré aurait gagné - depuis le 1^{er} janvier 2007 - un salaire de 30 fr. 50 de l'heure. Selon ce document, en 2005, le salaire soumis à l'AVS s'est élevé à 73'853 fr. 05, treizième salaire compris (pour un nombre d'heures total de 2'009.50) et en 2006, à 78'245 fr. 65 (pour un nombre d'heures total de 2'040.50).

L'extrait du compte individuel AVS au dossier indique un revenu total de 73'853 fr. en 2005 et de 78'245 fr. en 2006.

A la suite d'un séjour de l'assuré à la Clinique P._____ du 3 janvier au 19 février 2008, les Drs M._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, chirurgien orthopédique, et Q._____, médecin praticien, ont retenu à titre de diagnostic primaire : "thérapies physiques et fonctionnelles", et de diagnostics secondaires : "chute le 7 mars 2007 : fracture du calcanéum gauche traitée conservativement; fracture comminutive du calcanéum droit avec atteinte de l'articulation calcanéocuboïdienne, de l'articulation sous-talienne et fracture de la grosse

tubérosité, traitement par reconstruction et arthrodèse sous-talienne le 21 mars 2007, infection précoce du pied droit avec débridement de la plaie infectée et mise en place d'antibiotiques locaux puis confection d'un lambeau fascio-cutané de rotation en mars 2007". Les comorbidités retenues étaient une dépendance à l'alcool, utilisation continue, actuellement abstinent en milieu protégé, une discrète polyneuropathie sensitivomotrice axonomyélinique, un discret fléchissement des capacités mnésiques et exécutives, ainsi qu'une ostéopénie (rapport du 22 février 2008). Ils ont apprécié la situation de l'assuré comme suit :

"(...)

A l'examen clinique, on note l'utilisation de deux cannes en charge selon douleurs. Le patient apparaît maigre, voûté, avec une augmentation du polygone de sustentation. A l'admission, on relève un foetor alcoolique marqué. On note un effondrement de la voûte plantaire ddc, plus marqué à droite qu'à gauche. Du matériel d'ostéosynthèse est palpable à la face externe du calcanéum à droite. La mobilité tibiotalienne est diminuée à droite. La prosupination est bloquée à droite, dans les normes à gauche. On relève un enraidissement du médiopied et des orteils ddc.

Le bilan radiologique montre un status post-fracture des calcanéi, ddc, avec actuellement une consolidation acquise. A droite, on note un matériel d'ostéosynthèse en place avec des chaînes de billes de garamycine. A gauche, la consolidation est acquise, avec un discret varus de l'arrière-pied et un effondrement de l'angle de Böhler.

Le bilan biologique ne montre pas de syndrome inflammatoire. Par contre, on relève une élévation des gamma-GT (1144 V/L, norme inférieure à 60 U/L), une macrocytose et une hypoalbuminémie, compatibles avec une consommation chronique d'alcool. Durant le séjour, le patient dit avoir cessé toute consommation de boissons alcoolisées. On note une quasi-normalisation progressive des gamma-GT.

(...) Selon notre consultant-psychiatre [la Dresse H. _____], on retient une surcharge psychique, en relation avec les douleurs et la perte des capacités fonctionnelles. Il n'y a pas de signe d'un trouble dépressif majeur ou d'un trouble de la personnalité constitué. En ce qui concerne la consommation d'alcool, le patient nie tout état de dépendance ou de consommation abusive, malgré une éthyliation aiguë à l'admission et des résultats biologiques perturbés. On conclut à une dépendance à l'alcool, avec utilisation continue. Durant le séjour, un sevrage est réalisé, avec une médication de Seresta, diminuée progressivement. Le patient déclare avoir cessé toute consommation durant le séjour, ce qui est cohérent avec les résultats sanguins. Le patient reste toutefois en phase de contemplation et est actuellement peu enclin à une prise en charge psychothérapeutique pour ce problème. A noter qu'il a effectué un sevrage de consommation tabagique durant le séjour.

(...) Une consultation neurologique avec ENMG est réalisée. Cet examen montre une polyneuropathie discrète, sensitivomotrice, axonomyélinique, débutante. En l'absence de diabète, de carence vitaminique ou de paraprotéïnémie, on conclut à une toxicité

chronique, liée à l'alcool. On relève par ailleurs une modeste atteinte cérébelleuse.

Selon notre consultant en orthopédie, il n'y a pas de proposition chirurgicale. Le patient portait jusqu'à présent des chaussures [...] avec tiges montantes, avec des semelles standards. Il est proposé un amortisseur talonnier en silicone et l'essai de chaussures basses. On note qu'en l'absence de douleurs de chevilles, le patient déclare un meilleur confort avec des chaussures basses et moins de douleurs qu'avec des chaussures montantes.

L'apparition de «voussures» au niveau du carré des lombes survenant après le maintien prolongé d'une position assise a motivé un US de contrôle. Cet examen a montré des structures musculaires, sans particularités.

(...) Aux ateliers professionnels, le patient est évalué dans des activités normées. On note que le patient est motivé, la qualité du travail est excellente, le rendement est très bon sur les périodes où il parvient à travailler. On note de bonnes capacités également de dextérité fine. Cependant, en raison des douleurs, de nombreuses pauses sont nécessaires.

(...) La situation médicale n'est pas stabilisée. Cependant, au vu de l'atteinte des deux pieds, le patient présentera désormais les limitations suivantes pour la marche en terrain inégal, la montée-descente fréquente d'escaliers ou d'échelles, la marche en terrain en pente, le maintien prolongé de la position debout, l'accroupissement. Pour l'instant, il est encore trop tôt pour envisager des mesures professionnelles, étant donné les douleurs encore importantes. Cependant, les évaluations effectuées durant le séjour aux ateliers professionnels ont montré une très bonne qualité du travail, un bon rendement, une dextérité fine dans les normes. Nous proposons d'évaluer les possibilités de réorientation professionnelle dans environ 6 mois. Pour rappel, une annonce à l'AI a été réalisée avant le séjour. En ce qui concerne le problème de dépendance à l'alcool, il est actuellement en rémission. Le patient présentant un déni par rapport à ce problème, il est certain que la situation reste fragile.)

Les Drs M._____ et Q._____ ont conclu à une incapacité de travail totale de l'assuré du 20 février au 20 mars 2008. L'avis de sortie du 19 mars 2008, signé par la Dresse Q._____, indique qu'un changement de profession est indiqué.

Dans un rapport médical du 21 février 2008 à l'OAI, le Dr T._____ a considéré que seule une activité ne nécessitant pas de déplacement prolongé sur un terrain plat ou vague était encore exigible, sans perte de rendement, à raison de huit heures et demie par jour.

Par courrier du 31 mars 2008, la CNA a confirmé à l'assuré qu'il pouvait reprendre le travail dès début avril 2008. Il était précisé qu'il

s'agissait d'une reprise thérapeutique qu'il pourrait mettre en valeur le matin dans les locaux de son employeur.

Dans un rapport médical du 8 avril 2008 au médecin conseil de la CNA, le Dr T. _____ indiquait qu'il avait revu l'assuré le 11 mars 2008, soit environ un mois après sa sortie de la Clinique P. _____. Il rapportait que le patient se plaignait toujours d'importantes douleurs au niveau du talon droit et indiquait que, cliniquement, le status local était inchangé. Il estimait que l'assuré pouvait reprendre le travail à 50 % dès le 1^{er} avril 2008 dans une activité adaptée et relevait que ses problèmes d'alcool, de nicotine et de dépression réactive étaient des circonstances sans rapport avec l'accident, mais propres à jouer un rôle dans l'évolution du cas.

Le 8 mai 2008, l'assuré a été réexaminé par le Dr Z. _____. Le rapport médical établi par le médecin d'arrondissement de la CNA le même jour mentionnait notamment ce qui suit :

"ANTECEDENTS DAPRES LES ACTES DU DOSSIER:

Ce patient de 49 ans, grutier, d'origine espagnole, a fait une chute sur un chantier d'une hauteur de plusieurs mètres le 7.3.07.

Il a présenté une fracture des deux calcanea, intra-articulaire et fortement comminutive à droite.

De ce côté, on a fait une reconstruction-arthrodèse du calcanéum, tandis que le traitement est resté conservateur à gauche.

A droite, l'évolution a été compliquée par une infection précoce, nécessitant un débridement chirurgical et la mise en place d'antibiotiques locaux, puis la confection d'un lambeau fascio-cutané de rotation.

J'ai examiné le patient à l'agence le 29.11.07.

Il disait qu'il avait beaucoup de douleurs à droite, même au repos. A gauche, il avait des douleurs à la marche. Il était passablement limité dans ses déplacements, surtout à la montée et à la descente. S'il devait marcher sur une certaine distance, il prenait encore ses cannes.

A l'examen clinique, on était en présence d'un patient présentant un aspect de santé assez moyen, suspect de s'alcooliser, qui n'arrivait pratiquement pas à marcher sans ses chaussures.

Objectivement, à la face externe de la cheville droite, on notait une certaine précarité des téguments, qui étaient sensibles à la palpation, avec un lambeau de rotation sous-malléolaire externe, surmonté d'une greffe bien incorporée mais fortement adhérente au plan profond. La mobilité de la tibio-astragalienne était assez bien restaurée ddc. Les arrière-pieds n'étaient que modérément élargis, le gauche un peu plus que le droit. De ce côté, la sous-astragalienne était bloquée en position neutre, tandis qu'elle était enraidie avec un léger varus de l'arrière-pied à gauche. Les pieds étaient alignés. On

notait une amyotrophie des deux mollets, chez un patient dont les masses musculaires étaient assez pauvres.

Sur les radiographies initiales, seuls clichés mis à ma disposition, le calcanéum droit, qui était complètement effondré, était bien reconstruit, alors qu'on avait apparemment laissé le calcanéum gauche consolider avec un varus de la tubérosité.

Du point de vue thérapeutique, le bénéfice qu'on pouvait attendre d'une AMO me semblait trop modeste en comparaison des risques qu'on allait faire courir aux téguments.

Le 4.12.07, le patient s'est annoncé à l'AI.

A ma demande, il a séjourné à la Clinique P. _____ du 3.1.08 au 19.2.08.

DECLARATIONS DE L'ASSURE:

S'il admet qu'il va un peu mieux, le patient dit qu'il a quand même des douleurs importantes à gauche comme à droite, même au repos de ce côté. Il marche sans canne. Il a bien essayé de remonter dans la grue mais sans succès. Après 2 heures de travail au dépôt, il n'arrive pratiquement plus à marcher et l'après-midi, il doit se reposer, les jambes surélevées. Dans le terrain, il n'arrive pas à se déplacer.

Il n'y a plus de traitement à proprement parler. Le patient prend de temps à autre du Dafalgan®. Il doit en principe reprendre contact avec le Dr T. _____ cet été.

EXAMEN CLINIQUE:

Il s'agit d'un patient de 48 ans, maigre, paraissant un peu dénutri, présentant un aspect de santé moyen.

Membres inférieurs:

Pieds nus dans la salle d'examen, le patient a toujours passablement de peine à se déplacer. Il marche quand même nettement mieux que lors du précédent examen. L'appui monopodal est tout juste soutenu, surtout à droite. L'accroupissement n'est pas très profond.

En station debout, le patient se tient en charge équivalente des membres inférieures. On retrouve une amyotrophie marquée des mollets chez un patient dont les masses musculaire sont très pauvres.

A la face interne de la cheville droite, on note à nouveau une certaine précarité des téguments, qui restent sensibles à la palpation, avec un lambeau de rotation sous-malléolaire externe surmonté d'une greffe bien incorporée mais fortement adhérente au plan profond.

La mobilité de la tibio-astragaliennne a un peu progressé avec une E/F à 15-0-25 à gauche par rapport à 10-0-20 à droite.

Les arrière-pieds restent modérément élargis, le gauche un peu plus que le droit. De ce côté, la sous-astragaliennne est bloquée en position neutre, tandis qu'elle est enraidie avec un léger varus de l'arrière-pied à gauche. Les pieds sont alignés.

La circonférence du mollet droite mesure 26,5 cm par rapport à 27,25 cm à gauche, celle de la cheville droite mesure 18,75 cm par rapport à 18,5 cm à gauche.

APPRECIATION:

Je ne reviendrai pas sur les antécédents de ce patient que j'ai exposés plus haut.

Actuellement, s'il admet qu'il va un peu mieux, le patient dit qu'il a quand même des douleurs importantes à gauche comme à droite, même au repos de ce côté. Il marche sans canne. Il a bien essayé de remonter dans la grue mais sans succès. Après 2 heures de travail au dépôt, il n'arrive pratiquement plus à marcher et l'après-midi, il

doit se reposer, les jambes surélevées. Dans le terrain, il n'arrive plus à se déplacer.

Par rapport à mon examen du 29.11.07, qui remonte à 5 mois, le patient marche un peu mieux.

Objectivement, la mobilité de la tibio-astragaliennne est assez bien restaurée, à gauche comme à droite. Les arrière-pieds restent modérément élargis. A droite, la sous-astragaliennne est bloquée en position neutre tandis qu'elle est enraidie avec un léger varus de l'arrière-pied à gauche. Les pieds sont alignés. On retrouve une amyotrophie marquée des mollets chez un patient dont les masses musculaires sont très pauvres et une certaine précarité des téguments, qui restent sensibles à la palpation, à la face externe de la cheville droite.

Du point de vue thérapeutique, il n'y a rien à proposer.

La reprise de l'activité antérieure n'est pas envisageable.

Les limitations fonctionnelles sont les charges de plus de 10 kg, la station debout prolongée, les longs trajets, la marche en terrain accidenté, les escaliers et les échelles.

Le patient conserve une pleine capacité de travail dans un emploi respectant ces limitations.

Par ailleurs, une indemnisation pour atteinte à l'intégrité est due."

La fiche d'examen n° 1 établie par l'OAI le 23 mai 2008 indique que le revenu annuel sans invalidité se monte, pour l'année 2006, selon les indications fournies par l'employeur, à 78'245 fr. 65. Après adaptation par 3,15 %, le revenu sans invalidité pour 2008 est chiffré à 80'711 fr. 90.

Dans un rapport médical du 9 septembre 2008, le Dr T. _____ a relevé que, lors du dernier contrôle de l'assuré le 29 juillet 2008, l'évolution était lentement favorable.

Dans un avis médical du 4 novembre 2008, le Dr G. _____ du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a relevé ce qui suit :

"Assuré de 48 ans qui a fait une chute en mars 2007 avec fracture du calcanéum ddc.; prise en charge conservative à G et par reconstruction et arthrodèse à D, compliquée par une infection au pied D. Il présente également une dépendance à l'alcool, une discrète polyneuropathie et une ostéopenie.

Cas pris en charge par la Suva. Examen final du 08.05.2008 : CT entière dans activité adaptée (sédentaire/semin-sédentaire).

Un COPAI est mis en place; dans le cadre de la visite préliminaire, l'assuré a été vu par le Dr F. _____ qui a des doutes quant à la pleine CT.

Tel avec ce dernier de ce jour : Assuré en état général médiocre, foetor éthylique, hypotrophie musculaire des 4 membres (probablement alcoolique/malnutrition), troubles vasculaires MI ddc.. En avant plan se trouvent des douleurs résiduelles des pieds même au repos (cf. également examen Suva).

A relever que les lésions que présente l'assuré sont connues d'être douloureuses à long terme, dans le cas de notre assuré d'autant plus que la guérison était compliquée d'une infection. Au vu des éléments à disposition, il est bien possible que le rendement ne soit pas plein, d'autant plus si l'activité n'est pas effectuée en position assise.

D'entente avec le Dr F._____, le stage sera effectué à plein temps."

L'assuré a effectué un stage d'observation professionnelle au Centre Oriph (COPAI) du 10 novembre au 5 décembre 2008. Dans son rapport d'évaluation du 9 décembre 2008, le Dr F._____, médecin conseil, a relevé notamment ce qui suit :

"Examen physique

M. V._____ est en état général moyen, de petite taille. Il s'exprime avec un fort accent et dans un français assez pauvre. Son hygiène est médiocre. Lors de l'examen qui a lieu à 13 heures, il présente un foetor tabagique marqué et un foetor éthylique. (...)

Nous avons réexaminé M. V._____ le 2 décembre 2008 dans sa quatrième semaine de stage. Son stage s'est bien passé. (...) Les douleurs sont les mêmes et augmentent au fil des heures. Le matin, elles sont encore tolérables mais plus l'après-midi. Il n'a pas de bonnes positions que ce soit debout ou assis ou à la marche. Il doit changer souvent, bouger un peu et faire une petite promenade pour se dérouiller. Debout, il a de franches douleurs aux talons, assis il a des paresthésies dans les deux pieds surtout à droite, perçues tantôt comme des fourmillements, tantôt comme une aiguille plantée dans la plante du pied ddc. (...) L'arrière-pied droit est déformé et légèrement enflé. La cicatrice externe sous-malléolaire est le siège d'un Tinel. Le pied est légèrement froid et cyanosé. Les artères pédieuses et tibiales postérieures ne sont palpables ni d'un côté ni de l'autre.

Discussion

(...) L'évolution est défavorable avec des douleurs constantes quelle que soit la position, même couché. La marche est limitée à 10 mètres après quoi il doit s'asseoir. Les radios montrent une ostéopénie marquée et un tassement des deux calcaneums. A part ces séquelles de l'accident, M. V._____ est en état général moyen avec une hypotrophie musculaire nette des quatre membres qui entre certainement dans le cadre d'un éthylo-tabagisme chronique. Il a aussi des troubles vasculaires aux membres inférieurs à mettre sur le compte du tabac plutôt que sur celui de l'accident. La claudication est intermittente avec périmètre de marche de quelques dizaines de mètres est par contre liée aux talons, qui représentent le facteur limitant. (...)

Au terme de ce stage, notre groupe d'observation est d'avis que M. V._____ n'a, pour l'instant, pas l'endurance nécessaire à tenir la journée entière. Cette limitation vient de ses douleurs qui augmentent au fil des heures ce qui peut se mesurer à la baisse de ses rendements dans l'après-midi. Par contre, dans la matinée, il atteint souvent des rendements proches de la norme dans toutes sortes d'activités de productions aux machines ou à l'établi pourvu

qu'il puisse travailler en position assise et changer de position deux ou trois fois dans la demi-journée et éventuellement effectuer quelques pas. (...)"

Pour sa part, l'équipe d'observation du stage a retenu que l'assuré pouvait travailler à la demi journée avec des rendements dans la norme dans des activités adaptées, à savoir celles qui s'exercent principalement en position assise avec alternance de position deux à trois fois dans la demi-journée, telles que travaux fins à l'établi, montage, câblage, contrôle, conditionnement, conduite/alimentation de machines-outils de petites dimensions. Elle précisait également que l'assuré ne pouvait agir debout au-delà de quelques minutes ni soutenir la position statique assise de manière prolongée et ne pouvait avoir un travail lourd ou exigeant le transport ou déplacement de charges (rapport final du 19 décembre 2008).

Dans un avis médical SMR du 14 janvier 2009, le Dr G. _____ a indiqué ce qui suit :

"Voir notre avis SMR précédent.

L'assuré avait séjourné à la Clinique P. _____ du 03.01.2008 au 19.02.2008. De nombreuses investigations avaient eu lieu : Les médecins retenaient les diagnostics de status après fracture du calcaneum G et D avec status après ostéosynthèse D, infection postop. et réopération, de dépendance à l'alcool, utilisation continue, discrète neuropathie, discret fléchissement des capacités mnésiques et exécutives, ostéopénie. Les nombreuses investigations ont montré une bonne consolidation des fractures, n'ont pas mis en évidence de psychopathologie, la polyneuropathie est d'intensité faible. Les altérations neuropsychologiques sont discrètes et n'ont pu être observées lors des ateliers (qualité du travail excellente, rendement est très bon sur les périodes où il parvient à travailler, bonnes capacités de dextérité fine). L'assuré avait été revu par le médecin d'arrondissement de la Suva en date du 08.05.2008. Ce dernier juge l'état de santé stationnaire et retient une pleine CT dans une activité adaptée.

L'assuré a été évalué au Copai d'Yverdon du 10.11.2008 au 05.12.2008. L'équipe d'observation est d'avis que la capacité résiduelle de travail de cet assuré est de 50 % (avec des rendements dans la norme). A relever que l'assuré avait été vu par leur médecin conseil. La seule motivation pour s'écarter de l'appréciation du médecin d'arrondissement de la Suva (réd. : CNA) sont les douleurs, élément subjectif. Aucun élément objectif n'a été mis en évidence justifiant de s'écarter de l'appréciation de la Suva. A relever que l'assuré présente un alcoolisme qui est à considérer comme primaire et qui peut avoir une certaine influence.

A relever également que la description du comportement antalgique de l'assuré dans le rapport du Copai est quelque peu contradictoire. Il y est décrit un périmètre de marche limité à 10 m, la station debout peut être maintenue quelques minutes, mais également écrit que l'assuré doit de temps à autre faire une petite promenade pour se dérouiller. Le manque d'endurance et d'effort avancés peuvent au moins partiellement être attribués au problème d'alcool.

Au vu de ce qui précède, nous n'avons pas d'élément objectif de nous écarter de l'appréciation de la Suva.

LF : station debout prolongée (activité assise), déplacements répétés et sur terrain inégal, montées/descentes d'escaliers, port de charges."

Le 18 février 2009, l'assuré a été une nouvelle fois examiné par le Dr Z._____. Dans son rapport médical du même jour, ce dernier a notamment relevé ce qui suit :

"(...)

Le patient a fait un stage au COPAI du 10.11.08 au 5.12.08.

Bien que sa présentation ait paru négligée, dans le contexte d'un alcool-tabagisme plus ou moins admis, on a relevé que le patient était un travailleur assidu et volontaire qui travaillait probablement dans toute la mesure de ses possibilités mais que les douleurs et l'inconfort au niveau de ses pieds sapaient son endurance au fil des heures, de sorte qu'il ne pouvait travailler qu'à mi-temps.

Le patient est examiné à l'agence pour faire le point de la situation.

DECLARATIONS DE L'ASSURE:

Le patient dit que ça ne va pas bien. Il a des douleurs dans les deux pieds, même au repos, lorsqu'il est assis, et durant la nuit. Il dort peu et mal. En fin de matinée, son pied gauche est gonflé et l'après-midi, il doit se reposer, les jambes surélevées. Il est limité dans ses déplacements. Il a toujours 2 cannes dans sa voiture par précaution.

Il ne prend plus de Dafalgan® qui était sans effet. Il prend du Lyrica® 300 mais seulement un jour sur deux. Il a bien essayé de le prendre tous les jours mais il avait des vomissements. Il est suivi à la Consultation d'Antalgie du Centre J._____. Il n'a pas de médecin traitant.

Il travaille toujours à mi-temps au dépôt de l'entreprise. Il semble qu'il ne fait pas grand-chose.

Il reçoit son salaire de son employeur.

EXAMEN CLINIQUE:

Il s'agit d'un patient de 49 ans, maigre, paraissant un peu dénutri, sentant le tabac et l'alcool, présentant un aspect de santé moyen.

Membres Inférieurs:

Sans ses chaussures, le patient se déplace toujours avec difficultés et de manière précautionneuse. Il semble ne pouvoir marcher ni sur la pointe des pieds, ni sur les talons. L'appui monopodal est tout juste soutenu à gauche et ne semble quasiment pas possible à droite.

On retrouve une amyotrophie marquée des mollets chez un patient dont les masses musculaires sont très pauvres.

A la face externe de la cheville droite, les téguments sont continus mais atrophiques avec un lambeau de rotation sous-malléolaire externe surmonté d'une greffe bien incorporée mais fortement

adhérente au plan profond. On note une hyperesthésie du bord externe de la coque talonnière à droite.

La mobilité de la tibio-astragaliennne est bien restaurée avec une E/F à 15-0-25 à gauche par rapport à 10-0-20 à droite. Les arrière-pieds sont modérément élargis, le gauche un peu plus que le droit, mais il n'y a pas de tuméfaction, pas d'oedème frais.

A droite, la sous-astragaliennne est bloquée en position neutre tandis qu'elle est enraidie avec un léger varus de l'arrière-pied à gauche. Les pieds sont alignés.

La circonférence du mollet droit mesure 26 cm par rapport 26,5 cm à gauche, celle de la cheville droite mesure 19,25 cm par rapport à 18,5 cm à gauche.

APPRECIATION:

Je ne reviendrai pas sur les antécédents de ce patient que j'ai exposés plus haut.

Actuellement, le patient dit que ça ne va pas bien. Il a des douleurs dans les deux pieds, même au repos, lorsqu'il est assis et durant la nuit. Il dort peu et mal. En fin de matinée, son pied gauche est gonflé et l'après-midi, il doit se reposer, les jambes surélevées. Il est limité dans ses déplacements. Il a toujours 2 cannes dans sa voiture par précaution.

A l'examen clinique, on retrouve un patient un peu dénutri sentant le tabac et l'alcool qui, sans ses chaussures, se déplace toujours avec difficulté et de manière précautionneuse.

Objectivement, la mobilité de la tibio-astragaliennne est assez bien restaurée des deux côtés. Les arrière-pieds sont modérément élargis, le gauche un peu plus que le droit, mais il n'y a pas de tuméfaction, pas d'oedème frais. A droite, la sous-astragaliennne est bloquée en position neutre tandis qu'elle est enraidie avec un léger varus de l'arrière-pied à gauche. Les pieds sont alignés. On retrouve une amyotrophie marquée des mollets chez un patient dont les masses musculaires sont très pauvres et les téguments continus mais atrophiques à la face externe de la cheville droite. De ce côté on note également une hyperesthésie du bord externe de la coque talonnière.

Si les séquelles de l'accident sont relativement importantes, il est aussi évident que ce patient présente une co-morbidité, qui est susceptible d'aggraver les douleurs dont il souffre, notamment leur composante neurogène, d'entraîner des troubles de l'équilibre et plus généralement de limiter ses capacités d'adaptation.

On peut donc considérer que le cas n'est pas commun avec l'AI.

Par ailleurs, il ne me paraît pas équitable d'admettre une limitation du temps de travail, au motif de douleurs chroniques, plus ou moins explicables, mais dont le ressenti et l'impact sur la capacité de travail varient forcément d'un individu à l'autre.

Pour ma part, je confirme donc en tous points les conclusions prises à l'issue de l'examen à l'agence du 8.5.08."

Dans un rapport médical du 23 juillet 2009 à la CNA, le Dr T._____ a confirmé que l'assuré pouvait reprendre une activité à 50 % dès juillet 2008, sous l'égide de la CNA et de l'AI.

L'assuré a effectué un stage professionnel à plein temps auprès des U. _____ (ci-après: U. _____) du 24 août au 21 novembre 2009. Dans un rapport du 9 décembre 2009, les responsables du stage ont notamment indiqué ce qui suit :

"Bilan avec l'assuré et synthèse du suivi

M. V. _____ ne peut pas envisager son avenir sans une activité professionnelle, il a besoin d'avoir quelque chose à faire durant la journée. Cependant, au cours des bilans réalisés dans notre atelier de réentraînement, il a toujours relevé qu'il lui était impossible de travailler à plein temps.

En effet, durant ces trois mois de stage, il a affirmé, à plusieurs reprises, qu'il a trop de douleurs pour assumer une journée entière de travail. Lorsque nous relevons la bonne progression de ses rendements, sa ponctualité et son assiduité (zéro jours d'absence en 3 mois), il admet qu'avoir un rythme et une activité sont des éléments importants dans sa vie. (...)

Nous avons abordé la problématique de sa consommation d'alcool. En effet, tout au long du stage, nous avons relevé que l'assuré sent très fort l'alcool dès le matin. M. V. _____ convient qu'il boit très régulièrement, au moins 5 à 6 bières par jour durant la semaine. Dès le vendredi soir, il boit plus, cela l'assomme et lui permet de dormir plusieurs heures de suite sans être réveillé par ses douleurs. Il fume aussi énormément.

Ainsi, sa semaine se déroule comme suit : il vient travailler tous les jours, après son petit-déjeuner, il boit de l'alcool (environ 2 bières durant la matinée). Le matin, il évite la prise de médicaments à cause des effets secondaires (vertiges, troubles de l'attention, douleurs au ventre et nausées) ce qui est incompatible avec ce qui lui est demandé, affirme-t-il, soit : tenir une journée entière à l'atelier. De plus, il a noté que la prise de médicaments n'atténue pas toujours ses douleurs durant la journée, ainsi il n'en prend que le soir en rentrant chez lui, cela le soulage parfois et comme il est à la maison, au repos, il supporte un peu mieux les effets secondaires. A la fin de la semaine de travail, le vendredi soir, il rentre chez lui, il boit - le plus souvent des alcools forts, puis se couche. Il passe ses week-ends (du vendredi soir au lundi matin) au lit, il se repose et dort quelque peu grâce aux médicaments et aussi à l'alcool qui, affirme-t-il, l'aident à moins sentir ses douleurs. M. V. _____ dit que sans cela, il ne pourrait pas reprendre son travail le lundi, comme il le fait depuis plus de trois mois.

Ce qui précède nous porte à croire qu'au premier plan de sa problématique de santé actuelle se trouvent sa consommation d'alcool, le tabagisme, sa difficulté à gérer ses douleurs et son humeur dépressive (dépression réactive suite à son accident). L'assuré, cependant, fait un lien direct entre son comportement addictif et la gestion de ses douleurs. Même s'il peut convenir qu'à la longue cela peut représenter un problème, pour le moment, il trouve que sa consommation n'en pose pas et qu'en plus il n'a pas trouvé une meilleure solution pour gérer ses douleurs et son humeur.

Conclusions

Le présent rapport permet de conclure que, si on ne prend en considération que son atteinte physique, M. V. _____ peut occuper un poste dans le circuit économique normal à plein temps avec des

rendements proches de la norme. Les activités industrielles légères en position principalement assiste lui sont accessibles. De plus, nous avons pu relever un très bon engagement dans toutes les tâches proposées et ceci malgré ses plaintes liées à ses douleurs et donc, selon l'assuré, à l'impossibilité d'assumer une activité professionnelle à plein temps.

Les difficultés liées à la consommation d'alcool, le tabagisme, la gestion de ses douleurs et son humeur dépressive nous laissent présupposer que M. V._____ aura des difficultés à investir une activité professionnelle, à plein temps et, sur le long terme. De plus, malgré les bons résultats de son stage à l'atelier de réentraînement, il est fort possible qu'un éventuel employeur se montrera réticent à l'engager, ou peut-être même à le prendre en stage, lorsqu'il constatera que l'assuré sent l'alcool dès le matin. Enfin, ceci peut, à plus ou moins long terme, dégrader son état de santé général.

Propositions

En l'accord avec l'OAI, nous demandons que soit octroyée à M. V._____ une deuxième mesure de 3 mois, du 21 novembre 2009 au 28 février 2010, pour continuer le réentraînement à l'effort suivi d'une mise en stage en entreprise."

Le 11 décembre 2009, la Dresse W._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a établi un certificat médical, selon lequel l'assuré était en incapacité de travail à 50 %, à long terme, depuis le 1^{er} avril 2008.

Le stage de l'assuré aux U._____ a été prolongé pour une durée de trois mois (soit du 22 novembre au 28 février 2010) aux fins de poursuivre le réentraînement de l'assuré et de lui permettre de trouver des stages en entreprise (rapport du 9 décembre 2009). Finalement, dit stage s'est effectué à 100 % du 22 novembre au 13 décembre 2009, puis à 50 % dès le 14 décembre 2009 (par demies journées), l'assuré ayant fait valoir le certificat médical établi par la Dresse W._____ le 11 décembre précédent. Le rapport d'évaluation établi le 9 mars 2010 par les responsables du stage U._____ confirme en substance les observations et les conclusions de leur précédent rapport.

Par courrier du 5 février 2010 à l'OAI, la Dresse W._____ a précisé que son patient était resté en incapacité de travail à 50 % depuis le 1^{er} avril 2008 et qu'il ne s'agissait pas d'une péjoration. La symptomatologie consistait en des douleurs permanentes d'intensité 8/10 avec des épisodes de douleurs lancinantes aiguës intolérables.

Dans un avis médical SMR du 24 février 2010, le Dr G. _____ a précisé qu'à défaut de péjoration de l'état de santé de l'assuré, il n'avait pas d'élément médical objectif lui permettant de s'écarter de son appréciation du 14 janvier 2009.

Il ressort du rapport final établi par l'OAI le 11 mars 2010 les éléments suivants :

"- M. V. _____ possède tout à fait les compétences requises pour aborder une activité industrielle légère;
- Son rendement peut être considéré comme normal, sur la demi-journée;
- En revanche, durant l'après-midi, son rendement fléchit; mais il s'est avéré que M. V. _____ part de l'a priori qu'il ne peut travailler à plus de 50 %, ce qui a probablement une influence sur ses performances;
- Au bout du compte, il est conclu que notre assuré est désormais prêt à aborder un emploi industriel léger dans l'économie;
- Seule restait en suspens, lors de ce bilan, la question de sa capacité de travail dans une telle activité : (...) Pour répondre à cette dernière question, le SMR a questionné le médecin-traitant de notre assuré. A partir de sa réponse, datée du 05.02.2010, le SMR a établi l'avis définitif suivant : il n'y a pas lieu de nous écarter de notre appréciation du 14.01.2009, laquelle retient une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.
Ceci étant, nous pouvons clore ce dossier par l'approche économique suivante :

Revenu sans invalidité (RS):

S'il n'avait pas connu ses problèmes de santé, M. V. _____ aurait pu poursuivre son activité de grutier et aurait perçu, en 2008 (date de l'échéance du délai de carence), un salaire de CHF 80'712 (cf. fiche d'examen n° 1 du 23.05.2008 [RS 2006 : 78'245 fr. 65, adapté à 2008 : 80'711 fr. 90]).

Revenu d'invalidé (RI) :

Selon l'avis constant du SMR, notre assuré présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir dans une activité industrielle légère.

Le salaire dans une telle activité nous est donné par l'ESS.

Pour établir le calcul du RI, et bien que, médicalement, aucune diminution de rendement ne soit considérée comme fondée, nous avons tenu compte du fait que les deux "expertises professionnelles" entreprises (au COPAI et aux U. _____) relèvent une certaine diminution de la résistance à l'effort, donc du rendement, liée aux douleurs ressenties par l'intéressé.

C'est pourquoi nous proposons de valider - en faveur de l'assuré - une réduction globale de 20 % recouvrant les limitations fonctionnelles et l'effet des douleurs ressenties sur le rendement.

Ainsi donc, le revenu exigible se monte à CHF 47'983.- (cf. feuille de calcul ci-jointe)."

Le 12 mars 2010, l'OAI a rendu un projet de décision en faveur de l'assuré, lui octroyant une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars au 31 juillet 2008 et un quart de rente dès le 1^{er} août 2008. Le même jour, l'OAI a informé l'assuré qu'une aide au placement lui était accordée.

Dans un rapport médical intermédiaire LAA du 7 mai 2010, la Dresse W._____ a posé le diagnostic de talalgies droite et gauche, après fractures du calcanéum avec infection post-ostéosynthèse à droite et fracture du calcanéum traitée conservativement à gauche. Elle a considéré que l'évolution était stationnaire avec persistance de douleurs mécaniques, qu'il n'y avait pas de reprise du travail envisageable en l'état et qu'un dommage permanent était à craindre.

Le 15 juin 2010, le Dr Z._____ a procédé à un nouvel examen de l'assuré. Dans son courrier du 16 juin 2010 au Dr C._____, cardiologue et spécialiste en médecine interne générale, il a fait part des éléments suivants :

"Par rapport à l'examen précédent, je suis frappé par un œdème prenant les chevilles et remontant le long des jambes qui n'existait pas auparavant et qui se traduit par une augmentation de plusieurs centimètres des circonférences habituellement mesurées.
(...) Pour ma part, j'émetts l'hypothèse que l'autolimitation actuelle peut expliquer ces grosses jambes qu'on n'observait pas lorsque le patient était plus actif.
J'attends cependant avec intérêt vos observations et propositions thérapeutiques éventuelles."

Dans un rapport du 16 juin 2010 à la CNA, le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès du Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre J._____, a noté que lors de sa dernière consultation le 29 avril 2010, le patient se plaignait de douleurs invalidantes localisées surtout en regard de la plante de l'arrière-pied. Dans son appréciation, il a indiqué que l'assuré présentait des douleurs localisées essentiellement au niveau de la face plantaire de l'arrière-pied, c'est-à-dire en regard du calcaneum, premièrement suite à un vice de position de l'os suite à la fracture, et également en raison d'une hypoplasie du coussin adipeux, relié fort probablement aux comorbidités présentées par l'assuré (grand tabagique,

OH chronique). Pour cette raison et au vu de ses comorbidités, de son status vasculaire et probablement également neurologique, il ne préconisait pas de geste chirurgical et proposait la réfection de supports plantaires sur mesure avec coque talonnière en silicone afin d'amortir au maximum l'arrière-pied. Etait également joint à ce rapport un compte-rendu de la consultation effectuée dans ce même service par le Dr T._____ le 1^{er} décembre 2009, dans lequel celui-ci relevait notamment la précarité du patient du point de vue social et médical et indiquait que, d'un point de vue orthopédique, l'assuré ne pouvait avoir une activité professionnelle supérieure à 50 %.

Le 18 août 2010, le Dr C._____, spécialiste en médecine interne et cardiologie, a examiné l'assuré. Il a effectué un examen doppler artériel des membres inférieurs. Dans son rapport médical du 20 août 2010, il a conclu à une sclérose artérielle jambière débutante et à une vasospasticité périphérique chez un tabagique chronique, ainsi qu'à une légère augmentation du flux artériel diastolique péronier droit. Il expliquait que les oedèmes avaient pu être favorisés par la sédentarité de l'assuré et les longues positions assises ou alitées pieds pendants. Il ajoutait en outre que le status vasculaire et neurologique n'expliquaient pas l'origine des douleurs invalidantes qui paraissaient d'origine purement mécanique.

Le 25 août 2010, l'OAI a pris acte de la renonciation de l'assuré à l'aide au placement.

Par décisions du 7 septembre 2010, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière du 1^{er} mars au 31 juillet 2008 et un quart de rente pour la période du 1^{er} août 2008 au 31 décembre 2008. Il ressortait de la rubrique "résultat de nos constatations" les éléments suivants :

"Depuis le 7 mars 2007 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

- Selon les renseignements en notre possession, vous travaillez en qualité de grutier, maçon et machiniste chez Z._____SA depuis le 12 mars 1989.
- En date du 7 mars 2007, vous avez été victime d'un accident.
- Du point de vue médical, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi par le Service médical régional.

- Au vu de ce qui précède, nous constatons qu'à l'échéance du délai de carence, vous présentez une incapacité de travail et de gain entière, ceci dans toute activité, ce qui vous donne droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 100 %.

- A partir du mois de mai 2008, vous êtes apte à la réadaptation. En effet, votre état de santé s'est amélioré et vous présentez une capacité de travail raisonnablement exigible de 100 % dans une activité qui soit adaptée à vos limitations fonctionnelles, lesquelles sont les suivantes : station debout prolongée (activité assise), déplacements répétés et sur terrain inégal, montées/descentes d'escaliers, port de charges.

- Dès lors, nous avons déterminé votre degré d'invalidité par le biais d'une approche théorique.

(...) 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 2008 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), CHF 4'808.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,6 heures; La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'998.24 (CHF 4'806.00 X 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59'978.88.

(...) Compte tenu de vos limitations fonctionnelles et de l'effet des douleurs ressenties, un abattement de 20 % sur le revenu d'invalidité est justifié.

Le revenu annuel d'invalidité s'élève ainsi à CHF 47'989.10.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :

sans invalidité CHF 80'712.00

avec invalidité CHF 47'983.10

La perte de gain s'élève à CHF 32'728.90 = un degré d'invalidité de 40.55 %

Notre décision est par conséquent la suivante:

- Du 1^{er} mars 2008 au 31 juillet 2008, le droit à une rente entière est reconnu puis dès le 1^{er} août 2008, le droit à un quart de rente est reconnu, soit trois mois après l'amélioration de votre état de santé."

Dans un rapport du 1^{er} octobre 2010, le Dr Z. _____ a indiqué que ses réflexions du 18 février 2009 concernant l'assuré restaient d'actualité, notamment en ce qui concernait la comorbidité. Il ressortait de l'examen clinique les constatations suivantes:

"Pieds nus, le patient a beaucoup de difficultés à se déplacer. Il marche de manière précautionneuse avec un élargissement du polygone de sustentation. Chaussé, il se déplace plus aisément.

On retrouve une amyotrophie marquée des mollets et des téguments atrophiques à la face externe de la cheville droite, néanmoins continus, ainsi qu'une hyperesthésie du bord externe de la coque talonnière à droite.

La mobilité de la tibio-astragaliennne est modérément limitée des deux côtés mais elle s'effectue dans un secteur utile. Les amplitudes articulaires sont inchangées.

Les arrières-pieds sont élargis, surtout à gauche, mais il n'y a pas de tuméfaction notable, pas d'œdème frais. De ce côté, la sous-astragaliennne est enraidie avec un léger varus de l'arrière-pied, tandis qu'elle est bloquée en position neutre à droite. Les pieds sont bien alignés.

La circonférence du mollet gauche mesure 30,25 cm comme à droite, celle de la cheville gauche mesure 19,75 cm comme à droite."

Selon le Dr Z._____, la réintégration professionnelle et sociale de l'assuré s'avérait impossible. Il a en outre confirmé ses conclusions précédentes, en ce sens qu'il reconnaissait à l'assuré, du strict point de vue orthopédique, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations.

Par décisions du 7 décembre 2010, envoyées pour notification le 20 décembre 2010, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière pour la période du 1^{er} mars au 31 juillet 2008, ainsi qu'un quart de rente d'invalidité pour la période du 1^{er} août 2008 au 30 novembre 2009 et dès le 1^{er} février 2010.

C. Par acte du 11 janvier 2011, V._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre des décisions du 7 décembre 2010 de l'OAI. Il conclut à la réforme des décisions attaquées en ce sens qu'une rente entière lui est octroyée dès le 1^{er} mars 2008. Il conteste que son invalidité se soit atténuée au 1^{er} août 2008, soutient que jusqu'à l'accident du 7 mars 2007 il avait travaillé sans problème comme grutier auprès de l'entreprise Z._____SA et n'avait aucun problème de santé ni d'alcool. Il explique que les fractures bilatérales multiples des deux calcaneums compliquées par des infections nosocomiales ont provoqué des douleurs très difficiles à maîtriser, ce qui a entraîné un problème d'alcoolisme secondaire. Il indique que s'ajoutent encore des problèmes de sommeil et que, loin de s'atténuer, les douleurs se sont aggravées au point qu'il est maintenant continuellement sous morphine. Il se prévaut du rapport médical de son médecin traitant du 19 octobre 2010, dans lequel celui-ci estime que la symptomatologie

douloureuse n'est calmée qu'à environ 50 %, qu'elle est due au caractère mécanique (orthopédique) des séquelles de l'accident et que la capacité de travail avoisine plutôt 20 % que 50 %. Il soutient qu'au vu de ses problèmes de mobilité (impossibilité de port de charges, chaussures orthopédiques, douleurs), plus aucune profession physique ne lui est accessible. En ce qui concerne une profession de substitution, par exemple en usine ou en atelier, assise, le problème se pose en raison des douleurs, nécessitant qu'au minimum une fois par heure le recourant doive abandonner son travail pour marcher pendant au minimum 10 minutes, faute de quoi les deux pieds deviennent totalement insensibles. A cela s'ajoute le fait que les douleurs empêchent toute concentration sur un travail suivi et précis, comme cela est demandé en usine et en atelier. Ainsi, selon le recourant, même selon une "approche théorique", l'invalidité est totale ou subtotale. En conclusion, il fait valoir que le SMR est le seul à indiquer une exigibilité d'un travail industriel léger à 100 %, alors que les autres médecins, notamment la Dresse W. _____ et les spécialistes "U. _____" (rapport du 9 décembre 2009) estiment qu'il ne peut travailler qu'à 50 % au maximum, avec un rendement maximal de 80 %, soit une invalidité de 60 %, corrigée vers le haut par le fait que le gain de valide est supérieur à 80'000 francs.

A l'appui de son recours, V. _____ a produit un courrier que lui avait adressé la Dresse W. _____ le 19 octobre 2010, qui relève notamment ce qui suit :

"Les douleurs sont actuellement permanentes aggravées en position verticale et surtout à la marche avec sensations de "piquées" dans les talons.

Sous traitement médicamenteux associant 3 médicaments différents, la symptomatologie douloureuse n'est calmée que partiellement à environ 50 % ce qui est facilement explicable par le caractère mécanique de celle-là.

La capacité de travail actuelle du patient susnommé est plus proche de 20 % que de 50 % au vu de l'évolution défavorable de la symptomatologie malgré les traitements entrepris.

En ce qui concerne la capacité résiduelle de travail, un travail adapté reste à définir.

Je n'ai pas de constatations médicales orthopédiques hormis les lettres de sortie dont je joins les copies."

Par décision du 15 mars 2011, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 11 janvier 2011.

Dans sa réponse du 14 avril 2011, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Il fait valoir que, sur la base des renseignements médicaux obtenus, en particulier suite au séjour à la Clinique P._____ entre janvier et février 2008 et à l'examen auprès du médecin d'arrondissement de la CNA du 8 mai 2008, la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles est complète depuis le mois de mai 2008. L'intimé confirme la décision attaquée en renvoyant aux avis successifs du SMR, qui a pris en compte tous les renseignements médicaux obtenus, ainsi qu'au rapport du médecin d'arrondissement de la CNA relatif à l'examen final du 1^{er} octobre 2010. Enfin, il relève que, malgré le fait que le recourant n'était pas d'accord avec cette exigibilité médicale, des mesures professionnelles, sous forme d'une préparation à une activité industrielle légère auprès des U._____ ont été mises en place. A leur issue, le recourant a été considéré comme prêt à aborder un emploi industriel léger dans l'économie et une aide au placement lui a été proposée.

Dans sa réplique du 24 mai 2011, le recourant fait valoir que l'OAI ne pouvait retenir une invalidité de 40 % pour la période du 1^{er} août 2008 au 30 novembre 2009 puis dès le 1^{er} février 2010, dès lors que la CNA avait continué de lui verser des indemnités journalières entières jusqu'au 31 décembre 2010. Il soutient également que le rapport final du médecin d'arrondissement de la CNA du 1^{er} octobre 2010 ne peut être compris comme faisant la preuve d'une incapacité limitée à 40 %, puisque, suite à l'examen du 1^{er} octobre 2010, le Dr Z._____ aurait considéré qu'il y avait toujours une incapacité totale de travail due à l'accident. Enfin, il soutient que la péjoration de son état de santé est attestée non seulement par le rapport du médecin d'arrondissement de la CNA, qui indique : "mes réflexions du 18.02.2009 restent d'actualité, notamment en ce qui concerne une comorbidité susceptible d'aggraver la composante neurogène et d'entraîner des troubles de l'équilibre et plus généralement de limiter les capacités d'adaptation du patient", mais

également par les constatations médicales du Dr C. _____ qui, le 18 août 2010, observe que les pieds étaient froids, que le temps de recoloration était ralenti et prolongé, surtout à droite, avec des artères périphériques relativement mal palpables par rapport aux fémorales et aux artères humérales et indique que l'examen doppler artériel s'est avéré compatible avec une sclérose artérielle jambière débutante.

Le 22 juin 2011, l'intimé a précisé qu'il n'avait rien à ajouter à ses précédentes déterminations, qu'il confirmait. Il a transmis à la cour, à toutes fins utiles, une copie de la décision de la CNA du 16 mai 2011.

Dans un courrier du 22 août 2011, le recourant a confirmé sa position, en relevant que l'OAI se prévalait de la décision de la CNA du 16 mai 2011, alors que dite décision n'était pas définitive et exécutoire puisqu'un recours avait été formé contre elle.

D. Par décision du 16 mai 2011, la CNA a reconnu le droit de l'assuré à une rente d'invalidité mensuelle de 1'591 fr. 55 dès le 1^{er} janvier 2011, compte tenu d'une incapacité de gain de 29 % et d'un gain annuel assuré de 80'002 francs. La CNA a retenu que l'activité adaptée exigible (activité pouvant s'exercer sur un sol plat, n'exigeant pas de manipuler des charges supérieures à 10 kg ni de mettre à contribution les membres inférieurs par de longues stations debout ou trajets) permettrait à l'assuré de réaliser un salaire de 4'312 fr. et que, comparé au gain de 6'086 fr. réalisable avant l'accident, la perte économique en résultant s'élevait à 29 %, de sorte que la rente allouée serait conforme à ce taux. La CNA a également reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 26'700 fr., compte tenu d'un gain annuel de 106'800 fr. et d'un taux de 25 %. La CNA a en outre précisé qu'il n'existait aucun droit à des prestations au plan psychique, les troubles psychogènes n'étant pas en relation de causalité adéquate avec l'accident.

Le 14 juin 2011, l'assuré a fait opposition à cette décision.

Par décision sur opposition du 5 juillet 2011, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 16 mai 2011. Elle a notamment retenu que, selon les conclusions de son médecin conseil, corroborées par les autres éléments médicaux au dossier, l'assuré présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En ce qui concerne les troubles psychogènes de l'assuré (dépendance à l'alcool diagnostiquée à la Clinique P. _____ ainsi que le tabagisme et dépression réactive à l'accident) elle a considéré que ceux-ci ne lui incombaient, faute de lien de causalité adéquate. En ce qui concerne le taux d'invalidité retenu, la CNA a notamment indiqué ce qui suit :

"Au plan économique, s'agissant du revenu dit d'invalidé, conformément à la jurisprudence, cinq descriptions de postes de travail adaptés au handicap de l'opposant (DPT) tenant correctement compte des conclusions médicales déterminantes rappelées plus haut ont été versées au dossier. Le salaire médian qui ressort de la moyenne annuelle des salaires auxdits postes de travail se monte à CHF 52'998.-. A noter que le choix desdites DPT n'a pas été expressément contesté, à juste titre, même à titre subsidiaire.

Quant au revenu de valide tel qu'il ressort du dossier, CHF 73'031.-, il est conforme aux indications attestées par l'ex-employeur sur un questionnaire de la Suva Lausanne du 18 février 2010. Pour fixer le gain de valide, il faut établir au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait réellement pu obtenir sans l'accident. Selon une jurisprudence constante, le gain de valide est généralement fixé sur la base du dernier revenu effectivement réalisé avant l'atteinte à la santé, en posant la présomption que l'assuré aurait continué à exercer son activité sans la survenance de son invalidité (ATF 96 V 29; RAMA 1993, p. 100, cons. 3b). Dans la mesure où l'assuré était régulièrement employé depuis 1989 dans la même entreprise, on voit mal en quoi il conviendrait en l'espèce de chercher ailleurs les renseignements déterminants en la matière. Ensuite, la fixation du gain annuel repose sur l'art. 15 al. 2 LAA. D'une manière toute générale, un tel montant correspond au salaire AVS effectivement réalisé pendant la période concernée. Il tient dès lors compte d'allocations familiales, de certaines indemnités, voire d'heures supplémentaires, qui ne sont bien entendu pas décomptées dans les DPT et, partant, n'ont pas à l'être dans le revenu sans invalidité. Il faut pouvoir comparer ce qui est comparable. Enfin, l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur accidents (ATF 131 V 362, cons. 2.2).

La comparaison de ces revenus hypothétiques laisse apparaître un préjudice économique de 27,4 %. A noter que la décision attaquée a par inadvertance retenu un revenu de valide mensuel de CHF 4'312.-, équivalant au salaire moyen de 32 DPT apparues dans le champ statistique, pour fixer le taux de rente contesté à 29 %. Cela étant, pour le moins au stade et dans le cadre de la présente procédure, il sera constaté que ce taux repose à satisfaction de droit sur des faits médicaux concluants, sur les seules séquelles

naturelles et adéquates de l'accident assuré et des faits économiques tenant pour le moins fort équitablement compte de toutes les circonstances du cas d'espèce. Nul n'est en mesure d'établir à satisfaction de droit un taux de rente supérieure pour les répercussions économiques des séquelles LAA de l'accident assuré. (...)."

Le 22 août 2011, V. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition de la CNA du 5 juillet 2011. Il conclut à sa réforme, en ce sens qu'une rente basée sur un taux d'invalidité de 70 % au moins et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 35 % lui sont allouées. Il s'en est remis à l'appréciation de la Cour sur la question de la jonction de la cause avec celle le divisant d'avec l'OAI.

Le 31 août 2011, le Tribunal a informé les parties que la requête de jonction des causes AI 9/11 et AA 76/11 était rejetée, étant précisé toutefois que le dossier AA 76/11 serait versé au dossier AI 9/11 et inversement à l'issue de l'instruction.

E. Par écriture du 17 janvier 2013, le recourant a produit une copie de la détermination qu'il avait déposée dans le litige le divisant d'avec la CNA (cause AA 76/11) en indiquant qu'elle concernait également la présente procédure de recours, sauf en ce qui concerne les aspects de causalité. Dans cette écriture, le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise en s'appuyant sur le certificat médical manuscrit de la Dresse W. _____ qu'il a produit par fax du 18 décembre 2012, dont il ressort que le recourant a une médication quotidienne consistant en deux produits dérivés de la morphine (Targin et Oxynorm) ainsi qu'un antidouleur (Lyrica) et que :

"La sensation d'être "vaseux" est crédible car ces médicaments provoquent tous les 3 des sensations vertigineuses, des étourdissements, une fatigue, une somnolence. Ils peuvent être éventuellement ressentis comme un "handicap" à la marche du fait de ces effets secondaires."

Le recourant fait valoir que ce sont les sensations vertigineuses, les étourdissements, la fatigue et la somnolence qui se manifesteraient dans une hypothétique activité de substitution, nécessitant précisément de la

concentration, une pleine disponibilité (pas de fatigue ni de somnolence), etc. pour une activité industrielle de substitution. Il soutient qu'une expertise est aussi indispensable pour déterminer les question de l'alcoolisme secondaire dû aux douleurs ainsi que l'existence d'une dépression et relève qu'aucune "expertise digne de ce nom" ne figure au dossier, ni sur le plan somatique, ni en ce qui concerne les effets secondaires des médications et la question de l'antalgie par l'alcool.

Par écriture du 24 juin 2013 déposée dans le dossier AA 76/11, le recourant a réitéré sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire bidisciplinaire (orthopédique et psychique) en faisant valoir que, sur le plan orthopédique, la situation s'était gravement péjorée. Il explique que, selon le Dr B._____, ancien médecin cantonal adjoint qui le suit désormais, les atteintes aux deux talons se sont amplifiées, tout comme les douleurs, et nécessitent la prise constante de médicaments (des dérivés morphiniques) entraînant à leur tour des effets secondaires (troubles du sommeil, fatigue, perte d'équilibre, etc). Le recourant soutient que les douleurs sont devenues à ce point intolérables qu'il a dû avoir recours à la consommation d'alcool pour y faire face et que l'ensemble de ces éléments a entraîné une dégradation importante sur le plan psychique. A l'appui de sa requête d'expertise, il relève encore l'ancienneté des décisions attaquées.

Par écriture du 12 août 2013, le conseil du recourant a confirmé sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire. A l'appui de celle-ci, il a produit les certificats médicaux établis respectivement à son attention le 18 juillet par la Dresse W._____ et le 11 août 2013 par le Dr B._____.

Le certificat médical de la Dresse W._____ du 18 juillet 2013 a la teneur suivante :

"Après relecture du dossier, je me permets de vous transmettre certaines données utiles concernant ce patient.
J'ai revu récemment Mr V._____ pour un bilan sanguin. Celui-ci a montré des tests du foie dans les limites de la norme pour les transaminases et très légèrement au-dessus de la norme pour les

Gamma-GT. Ces résultats vont dans le sens d'une consommation modérée d'alcool. Je précise que je n'ai jamais vu Mr V._____ alcoolisé lors des consultations.

Concernant le traitement médicamenteux antalgique introduit depuis 2011 en raison de douleurs permanentes sévères, insomniantes aux talons, Mr V._____ le suit consciencieusement conformément au dosage prescrit; je peux certifier qu'il ne présente pas d'addiction à ce traitement et qu'il n'en abuse pas.

Ce traitement a baissé l'intensité des douleurs nocturnes d'un niveau de 10/10 à 7/10 lui permettant ainsi de dormir 4 à 5h/nuit.

Le traitement médicamenteux pris le matin permet d'atténuer ces douleurs à un niveau de 5/10, par contre lorsqu'il marche, les talalgies ne répondent pratiquement à aucune thérapie. Ces thérapies médicamenteuses comportent des effets secondaires principalement des étourdissements et des vertiges qui peuvent occasionner des troubles à la marche avec impression d'ébriété."

Le certificat médical établi le 11 août 2013 par le Dr B._____

indique ce qui suit :

"Votre client présente les séquelles douloureuses irréversibles d'une destruction par écrasement des deux talons avec effondrement de la voûte plantaire. De telles séquelles bilatérales, malheureusement fréquents dans ce type de lésions, ont un pronostic fonctionnel catastrophique d'emblée par rapport à la capacité future de gain en premier lieu dans un travail de force, mais aussi pour toute activité exigeant la marche ou la station debout. Il n'est pas rare - c'est le cas de M. V._____ - que le syndrome douloureux ne laisse aucun répit au patient jusque dans sa vie quotidienne et ne permette aucune reprise de travail, entraînant une invalidité complète dans le monde du travail.

Dans l'intérêt bien compris du patient et des assurances sociales, il est attendu de mes confrères au cours du délai de réadaptation sociale une grande prudence dans l'énoncé de leur conclusion pour ne pas décourager le patient dans ses efforts de reprise d'une activité professionnelle. Ceux-ci déboucheront tout au plus sur une activité occupationnelle ou, dans les cas les moins graves - sur un travail partiel après changement complet de métier précédé d'une reconversion professionnelle. Il est donc faux de vouloir interpréter des avis cliniques itératifs donnés au cours du suivi de réinsertion pour juger de la capacité résiduelle effective du patient, ce que ne pourra déterminer qu'une expertise.

Pour compléter les observations du médecin traitant de M. V._____, j'ai effectué, à toutes fins utiles, une série de clichés du Status des pieds de M. V._____ le 28 juin (trois photographies) et le 7 juillet (une photographie) l'après-midi. Le cliché No 1 montre une gracilité des mollets correspondant à une fonte musculaire importante des muscles de la jambe des deux côtés démontrant que M. V._____ ne peut plus marcher. Ce status corrobore l'anamnèse du patient et les stratégies qu'il doit développer pour supporter ses journées et ses nuits - les autres causes d'hypotrophie musculaire des membres inférieurs étant écartées par le médecin traitant. Sur le cliché No 2 montre une statique de chacun des pieds incompatible avec la fonction dynamique de soutien d'un pied normal; le cliché No 3 montre l'affleurement sous la peau de la vis du matériel

d'ostéosynthèse laissé en place à cause d'une infection nosocomiale. Le cliché No 4 pris une semaine plus tard dans l'après-midi est le plus intéressant parce qu'il montre des deux côtés : des pieds très remodelés avec de l'oedème signalé par des flèches après une sollicitation mineure - le patient s'est rendu en voiture dans un magasin.

Le 30 septembre 2013, l'intimé s'est déterminé en indiquant que dès lors que les nouvelles mesures d'instruction sollicitées étaient destinées à documenter les effets secondaires des médicaments prescrits dès 2011 et à vérifier la péjoration annoncée de l'état de santé telle que décrite en juin 2013 elles ne se justifiaient pas dans la présente procédure de recours.

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 LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; 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, compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 et 60 al. 1 LPGA) et respecte les autres conditions de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment). Il convient donc d'entrer en matière.

2. Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente complète d'invalidité dès le 1^{er} mars 2008. Le recourant conteste l'évaluation médicale à laquelle l'OAI a procédé et en particulier les conclusions relatives à sa capacité de travail résiduelle eu égard à son état de santé somatique et psychique. Faisant valoir que les avis médicaux du SMR, respectivement les avis médicaux du Dr Z. _____ de la CNA que le SMR a repris à son compte, n'ont pas de valeur probante et sont en contradiction avec l'avis de ses propres médecins, il requiert la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (orthopédique et psychique) par un expert indépendant. Le recourant conteste également le calcul du degré d'invalidité opéré par l'OAI.

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 art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). 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). 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 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 in fine LPGA).

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

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles;
- 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70 % au moins.

4. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; 115 V 133, consid. 2; TF, I 312/06 arrêt du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées).

Selon le principe de la 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 présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b; TF, 9C_418/2007 arrêt du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en

principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence récente du Tribunal fédéral a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Notre Haute Cour 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 et 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 SMR était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée 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 oeuvre 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). 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 lie 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).

Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335 consid. 3c; 124 V 90 consid. 4b; TF, 9C_382/2008 arrêt du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

5. a) En l'espèce, il est établi que le recourant a subi une fracture comminutive du calcanéum droit avec atteinte de l'articulation calcanéo-cuboïdienne, de l'articulation sous-astragalienne et fracture de la grosse tubérosité, ainsi qu'une fracture du calcanéum gauche. En raison de ces atteintes, il s'est soumis à une intervention chirurgicale le 21 mars 2007 (reconstruction du calcanéum droit, arthrolyse sous-astragalienne et mise en place de Connexus; cf. protocole opératoire établi par le Dr S. _____). Par la suite, il a subi une complication sous la forme d'une infection précoce ayant nécessité le débridement de la plaie infectée et la mise en place d'antibiotiques locaux, ainsi que la confection d'un lambeau fascio-cutané de rotation. Le recourant se plaint depuis lors d'une persistance des douleurs, particulièrement au pied droit. Pourtant, au début de l'année 2008, soit moins d'une année après son accident, le bilan radiologique du recourant montrait une consolidation acquise des fractures (rapport des Drs M. _____ et Q. _____ du 22 février 2008).

D'un point de vue orthopédique, l'ensemble des médecins consultés reconnaît au recourant une incapacité de travail totale dans son ancienne activité professionnelle. Il n'y a pas lieu de revenir sur ce point, qui ne prête pas à discussion entre les parties, à juste titre. En revanche, l'intimé considère que si les atteintes des membres inférieurs empêchent le recourant d'exercer une activité exigeant le port de charges, le maintien de la station debout de manière prolongée, des déplacements répétés et sur terrain inégal, des montées et descentes d'escalier, il dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant ces limitations.

Cette appréciation de sa capacité résiduelle de travail est contestée par le recourant. Il fait valoir que l'avis médical émanant du Dr Z._____, médecin d'arrondissement de la CNA, n'a pas la valeur probante requise et qu'elle est en contradiction avec les avis médicaux de ses propres médecins traitants. En outre, à lire les arguments du recourant, on comprend qu'il considère que l'évaluation médicale globale de son état de santé à laquelle l'OAI a procédé est lacunaire, raison pour laquelle il requiert la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire (orthopédique et psychiatrique).

b) Pour évaluer la situation médicale du recourant du point de vue orthopédique, l'OAI, respectivement le SMR, se sont fondés sur les rapports médicaux établis les 8 mai 2008, 18 février 2009 et 1^{er} octobre 2010 par le Dr Z._____, médecin d'arrondissement de la CNA, dont ils ont fait leurs conclusions. Ces rapports médicaux font suite à plusieurs examens cliniques du recourant par l'auteur du rapport; ils tiennent compte de l'ensemble des données médicales relatives à l'assuré - en particulier des constats et des conclusions de l'évaluation médicale des médecins de la Clinique P._____ ayant suivi le recourant lors de son séjour (rapport du 22 février 2008) - et prennent en considération les plaintes du recourant. Ces rapports sont complets et détaillés et les conclusions du médecin d'arrondissement de la CNA, qui se basent sur un suivi régulier de l'état de santé du recourant depuis l'accident de 2007, sont dûment motivées et convaincantes. Cela étant, il n'y a pas lieu de douter de la valeur probante des avis médicaux du Dr Z._____. Reste toutefois à examiner les griefs soulevés par le recourant à cet égard.

c) Le Dr Z._____ conclut que, d'un strict point de vue orthopédique, le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (absence de port de charges de plus de 10 kg, de station debout prolongée, de longs trajets, de marche en terrain accidenté, de montées et descentes d'escaliers et d'échelles) à compter du mois de mai 2008 (cf. rapport du 8 mai 2008 dont les conclusions ont été confirmées dans les rapports des 18 février 2009 et 1^{er} octobre 2010). Le recourant fait valoir que cette appréciation est en contradiction avec

l'avis des médecins qui le suivent (Dresse W._____, Dr T._____, Dr C._____ et Dr B._____) ainsi qu'avec les conclusions des responsables du stage au Copai (rapport d'observation du 19 décembre 2008) et celles de l'équipe des U._____ (rapports d'évaluation des 9 décembre 2009 et 9 mars 2010), qui tous considèrent, selon lui, que la capacité de travail dans une activité adaptée n'est pas supérieure à 50 % et s'approche même plutôt des 20 % (Dresse W._____). Dans ce contexte, le recourant soutient que l'évaluation du médecin d'arrondissement de la CNA ne tient compte ni des douleurs chroniques, ni de la dégradation de son état psychique, ni enfin des effets secondaires engendrés par la lourde médication qu'il est contraint de prendre pour atténuer les douleurs. Il insiste sur le fait que ces différentes atteintes, toutes consécutives à l'accident selon lui, sont extrêmement invalidantes, comme les rapports médicaux de ses médecins traitants l'attestent. L'assuré déduit de ces éléments l'absence de valeur probante des rapports médicaux du Dr Z._____.

Contrairement à ce qu'allègue le recourant, on constate que, dans ses avis médicaux successifs, le médecin d'arrondissement de la CNA a pris en compte les plaintes du recourant quant aux douleurs. Il explique clairement qu'elles n'entraînent pas, du point de vue strictement orthopédique, une incapacité de travail dans une activité adaptée, mais que l'importance de la comorbidité (alcoolisme et tabagisme chronique notamment) que présente l'assuré est susceptible d'aggraver lesdites douleurs. Cet avis est d'ailleurs partagé par le Dr G._____ du SMR, qui, s'il admet dans son avis médical du 4 novembre 2008 que les lésions que présente l'assuré sont connues pour être douloureuses à long terme, relève cependant dans l'avis du 14 janvier 2009 que la seule motivation pour s'écarter de l'appréciation du Dr Z._____ telle qu'elle résulte de l'évaluation faite au Copai (rapport du Dr F._____ du 9 décembre 2008 et rapport de l'équipe responsable du stage du 19 décembre 2008 qui retiennent une capacité de travail de 50 % en raison d'un manque d'endurance) se fonde sur l'augmentation des douleurs au cours de la journée, ce qui constitue un élément subjectif. Il précise d'ailleurs que le comportement antalgique de l'assuré décrit par l'équipe d'observation du

Copai est quelque peu contradictoire, puisqu'il indique un périmètre de marche limité à 10 mètres et un maintien de la station debout à quelques minutes tout en soulignant que l'assuré doit, de temps à autre, faire une petite promenade pour se dérouiller les jambes. Le Dr G. _____ en conclut, de manière convaincante, que le manque d'endurance et d'efforts observés peuvent, au moins partiellement, être attribués au problème d'alcool du recourant. Cette appréciation est d'ailleurs elle-même corroborée par le rapport d'observation établi le 9 décembre 2009 par les responsables du stage aux U. _____, qui décrit de façon détaillée la problématique de la consommation d'alcool du recourant, conclut à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (il est clairement mentionné que l'assuré est en mesure, d'un point de vue somatique, d'occuper un poste dans le circuit économique normal à plein temps avec des rendements proches de la norme dans des activités industrielles légères en position principalement assise) tout en relevant que l'observation amène à considérer que l'état de santé actuel de l'assuré est dû au premier chef à sa consommation d'alcool, au tabagisme et à sa difficulté à gérer les douleurs et son humeur. Certes, tant le Dr C. _____, cardiologue, que le Dr B. _____, médecin cantonal retraité (dont la spécialisation ne figure pas sur les avis médicaux produits), indiquent que les douleurs que présente le recourant sont d'origine mécanique. Leur avis ne saurait toutefois être considéré comme probant, ni même comme pertinent. D'une part, aucun de ces deux praticiens ne dispose des connaissances et compétences propres à un spécialiste en orthopédie, contrairement au Dr Z. _____. D'autre part, le Dr B. _____ n'explique pas pourquoi il considère que les séquelles douloureuses sont irréversibles dans le cas du recourant. Il se contente d'indiquer que de telles séquelles bilatérales sont malheureusement fréquentes dans ce type de lésions et ont un pronostic fonctionnel catastrophique d'emblée par rapport à la capacité future de gain en premier lieu dans un travail de force mais aussi pour toute activité exigeant la marche ou la station debout, enfin qu'il n'est pas rare que le syndrome douloureux ne laisse aucun répit au patient jusque dans sa vie quotidienne et ne permette aucune reprise de travail. Certes, il relève lui aussi la pauvreté de la masse musculaire des membres inférieurs et la présence d'un œdème, qu'il attribue aux lésions

accidentelles, alors que le Dr Z._____, comme le Dr L._____, lui aussi spécialiste en orthopédie, mettent ces problématiques en lien avec l'alcoolisme et le tabagisme chroniques du recourant. Quant au Dr C._____, il dit seulement que le status vasculaire et neurologique n'expliquent pas l'origine des douleurs et que celles-ci paraissent d'origine mécanique.

Les avis médicaux des autres médecins traitants du recourant ne sauraient non plus se voir reconnaître une pleine valeur probante, dès lors qu'ils ne répondent pas aux réquisits jurisprudentiels en la matière. Ainsi, le Dr T._____, chirurgien orthopédique traitant du recourant, attestait une évolution favorable de l'état de santé du recourant en août 2007 (rapport médical du 31 août 2007). En février 2008, il estimait en outre que l'assuré était en mesure de travailler huit heures trente par jour, sans perte de rendement, dans une activité ne nécessitant pas de déplacement prolongé sur un terrain vague (rapport médical du 21 février 2008). On peine ainsi à s'expliquer, pour quelles raisons, il retient - à peine deux mois plus tard, soit en avril 2008 - une capacité de travail résiduelle de 50 %; cette péjoration n'est objectivée par aucun élément médical (rapports médicaux du 8 avril 2008 et 23 juillet 2009). Il en va de même de l'appréciation médicale de la Dresse W._____, médecin traitant du recourant (certificat médical du 11 décembre 2009, complété le 5 février 2010) : celle-ci atteste certes elle aussi une capacité résiduelle de travail de 50 %, voire de 20 % (rapport médical du 19 octobre 2010), en se limitant toutefois à indiquer qu'elle est justifiée par les douleurs permanentes et intolérables ressenties par le recourant dans ses calcanéums et que celles-ci s'expliquent facilement par leur caractère mécanique, sans toutefois en expliquer le processus ni rendre ce dernier vraisemblable.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que, d'un strict point de vue orthopédique, l'évaluation du Dr Z._____ quant à la capacité de travail résiduelle du recourant a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence et que la problématique des douleurs a été correctement investiguée et prise en compte dans l'évaluation. Il convient

toutefois encore d'examiner les griefs soulevés par le recourant quant aux prétendues lacunes de l'instruction par l'OAI sur les autres pathologies alléguées qui, si elles ne relèvent pas de l'orthopédie, constitueraient néanmoins, selon lui, des séquelles directes et invalidantes de l'accident.

d) Le recourant fait état tout d'abord d'une dégradation importante de son état de santé psychique depuis l'accident. Certes, on constate que si, dans l'évaluation médicale du 22 février 2008 de la Clinique P._____, la Dresse H._____, psychiatre consultante, retient une surcharge psychique en relation avec les douleurs et la perte des capacités fonctionnelles, elle nie l'existence d'un trouble dépressif majeur ou d'un trouble de la personnalité constitué. Par ailleurs, même si, comme on l'a vu précédemment, les responsables des stages au Copai et aux U._____ ont constaté les problèmes d'humeur du recourant et sa difficulté à les gérer, notamment en ayant recours à la consommation d'alcool, il ne ressort d'aucun avis médical au dossier que le trouble constaté en 2008 par les médecins de la Clinique P._____ se serait aggravé ou qu'une autre pathologie psychiatrique aurait été diagnostiquée. En particulier, la Dresse W._____ ne se prononce dans aucun de ses rapports médicaux en faveur de l'existence d'une telle pathologie. A fortiori, il n'est nulle part question d'une incapacité de travail en lien avec un trouble psychiatrique. Enfin, aucun des avis médicaux figurant au dossier ne suggère la consultation d'un spécialiste en la matière. Cela étant, on ne saurait admettre, comme le fait le recourant, que l'OAI aurait omis d'investiguer cet aspect, ce qui selon lui justifierait la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

S'agissant de la problématique liée à la consommation d'alcool - qui peut constituer un trouble psychiatrique invalidant mais dont on verra ci-après que les conditions ne sont pas réunies pour la considérer comme telle dans le cas d'espèce - il n'est pas inutile de rappeler que le recourant l'a niée tout au long de la procédure devant l'OAI et que son médecin traitant, la Dresse W._____, persiste d'ailleurs à émettre des réserves quant à son existence puisque, dans son avis médical du 18 juillet 2013, elle indique que les tests du foie sont dans les limites de la

norme pour les transaminases et très légèrement au-dessus de la norme pour les Gamma-GT et relève que ces résultats vont dans le sens d'une consommation modérée d'alcool. Elle précise d'ailleurs que le recourant ne présente pas non plus de dépendance aux dérivés de la morphine auxquels il doit avoir recours pour supporter les douleurs. S'agissant de l'alcoolodépendance diagnostiquée chez le recourant lors de son séjour à la Clinique P._____, la Dresse H._____ ne s'est pas prononcée sur d'éventuelles conséquences invalidantes de cette dépendance. Le Dr G._____ a, quant à lui, qualifié l'alcoolisme du recourant de primaire dans son rapport du 14 janvier 2009. Aucun autre rapport médical au dossier n'atteste que l'alcoolodépendance du recourant aurait provoqué une maladie ou un accident ayant entraîné une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ni qu'elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique ayant valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c et la référence citée; TF 9C_960/2009 arrêt du 24 février 2010, consid. 2.2; TF 9C_395/2007 arrêt du 15 avril 2008, consid. 2.2). Seul le recourant l'affirme aujourd'hui, sans toutefois le rendre vraisemblable. En tout état de cause, il faut constater que les douleurs alléguées qui, selon le recourant, auraient induit son alcoolisme, ne sauraient être considérées comme une atteinte à la santé ayant valeur de maladie. Ainsi, en tant qu'elle n'est ni la cause ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, l'alcoolodépendance du recourant constitue une affection primaire non constitutive d'invalidité au sens de la jurisprudence fédérale précitée.

Compte tenu de ce qui précède, il convient d'exclure que le recourant présente une incapacité de travail d'un point de vue psychique.

e) Concernant les effets secondaires de la médication à base de deux produits dérivés de la morphine (Targin et Oxynorm) et d'un antidouleur (Lryrica), il suffit d'observer qu'il résulte du certificat médical de la Dresse W._____ du 18 juillet 2013 que cette médication n'a été introduite qu'en 2011, soit postérieurement à la décision entreprise. Le caractère éventuellement invalidant de cette médication ne saurait par

conséquent être examiné dans le cadre de la présente procédure mais pourra le cas échéant être discuté dans le cadre d'une demande de révision. Enfin, en ce qui concerne les troubles neurologiques que présente l'assuré, il convient de se référer à l'avis médical des médecins de la Clinique P._____, qui ont diagnostiqué une discrète polyneuropathie. Au demeurant, ils ont estimé qu'en l'absence de diabète, de carence vitaminique ou de paraprotéïnémie, il s'agissait d'une toxicité chronique, liée à l'alcool et qu'elle n'avait pas d'influence sur la rééducation (rapport du 21 janvier 2008 établi à la suite de l'ENMG du 18 janvier 2008).

Ainsi, il y a lieu de retenir que l'appréciation médicale de l'OAI tant sur le plan somatique que psychiatrique ou neurologique est fondée sur des documents médicaux pertinents ayant valeur probante et que l'instruction à laquelle l'intimé a procédé ne souffre pas de lacune. Il s'ensuit que l'évaluation de la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée est correcte et doit être confirmée, en ce sens qu'il présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à compter du mois de mai 2008.

6. Le recourant conteste aussi le degré d'invalidité tel que calculé par l'OAI, et plus particulièrement le revenu d'invalidité retenu.

a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

Pour la comparaison des revenus, est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGA, le revenu présumable sur lequel des cotisations AVS seraient perçues (art. 25 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]). Cette disposition n'exige toutefois pas une équivalence absolue entre les revenus déterminants pour l'évaluation de l'invalidité et ceux qui sont soumis aux cotisations AVS mais bien plutôt

une mise en parallèle des revenus hypothétiques servant à la comparaison et de ceux sur lesquels des cotisations AVS doivent être payées. Cela signifie que pour l'évaluation de l'invalidité, seuls entrent en principe en ligne de compte les revenus tirés de l'exercice d'une activité lucrative pour lequel l'assuré devrait s'acquitter de cotisations à l'AVS. Ne font pas partie du revenu déterminant les frais accessoires aux salaires qui sont à la charge de l'employeur et qui ne sont pas soumis aux cotisations AVS. Il en va de même des allocations familiales et des remboursements de frais qui ne sont pas compris dans la notion de revenu d'une activité lucrative au sens de l'AVS (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2011, p. 548, nn. 2065 et 2066).

b) En l'espèce, en ce qui concerne le revenu sans invalidité, on dispose du questionnaire pour l'employeur du 13 février 2008, selon lequel le salaire soumis à l'AVS s'est élevé, en 2005, à 73'853 fr. 05, treizième salaire compris, et, en 2006, à 78'245 fr. 65. Ces salaires sont concordants avec ceux figurant sur l'extrait de compte individuel AVS figurant au dossier. Sur la fiche d'examen n° 1 établie le 23 mai 2008 par l'OAI, il est indiqué que, pour 2006, le revenu sans invalidité s'élève à 78'245 fr. 65 et qu'après adaptation par 3,15 %, le revenu sans invalidité se serait élevé en 2008 à 80'711 fr. 90. C'est ce montant que l'OAI a retenu dans son calcul du degré d'invalidité, qui est correct et doit être confirmé.

c) Pour calculer le degré d'invalidité du recourant, l'OAI devait encore comparer le revenu sans invalidité qu'il avait retenu avec celui que le recourant aurait pu percevoir s'il avait repris une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles à un taux de 100 % à partir du moment où les médecins lui ont reconnu cette capacité de travail (mai 2008). Comme le recourant n'a pas repris d'activité lucrative depuis son accident, pour déterminer le revenu avec invalidité l'OAI s'est fondé, avec raison, sur les données résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2007 (ci-après : ESS). En 2007, pour les hommes effectuant des activités simples et répétitives (tableau A1, qui correspond à un niveau de qualification simple), le salaire était de 4'808 fr. par mois, part au 13^{ème}

salaire comprise, pour une durée standardisée de 40 heures hebdomadaires. Tant dans le projet que dans la décision, l'OAI a tenu compte d'un horaire de travail de 41,6 heures, en se fondant sur le tableau B 9.2 tel que publié dans la Vie économique 2008. Considérant donc une durée hebdomadaire de travail de 41,6 heures, le salaire annuel pour une activité simple et répétitive s'élève en définitive à 59'978 fr. 88 (4'806 fr. x 41,6 : 40). Pour tenir compte de l'âge, de la nationalité, du degré de formation, des limitations fonctionnelles du recourant et en particulier du ressenti des douleurs entraînant une diminution de l'endurance et partant du rendement (ATF 126 V 75), l'OAI a opéré un abattement de 20 % sur ce revenu, ce dont il n'y a pas lieu de s'écarter. Au final, le revenu d'invalidé s'élève, en chiffres arrondis, à 47'983 fr. 10 et la perte de gain à 32'728 fr. 90 (80'711 fr. 90 ./ 47'983 fr. 10). Le taux d'invalidité est ainsi de 40, 55 %, ce qui ouvre le droit à un quart de rente d'invalidité (art. 28 LAI) dès le mois d'août 2008 (soit dans les trois mois suivant l'amélioration de l'état de santé du recourant). Ce calcul ne prête pas le flanc à la critique et doit être confirmé, l'argument du recourant selon lequel il y aurait lieu de procéder à un abattement supplémentaire de 20 % pour tenir compte d'un rendement de 80 % n'étant pas pertinent, ayant déjà été pris en compte.

7. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner l'instruction complémentaire requise par le recourant (mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire). En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; cf. consid. 5b ci-dessus; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 arrêt du 12 octobre 2009 consid. 3.2; 9C_440/2008 arrêt du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

8. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. Reste à examiner la question des frais judiciaires et des dépens.

b) En l'espèce, le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération des frais de justice ainsi que la commission d'office d'un avocat (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office.

En l'occurrence, Me Philippe Nordmann a chiffré à 10 heures et 55 minutes le temps consacré à ce dossier pour la période du 11 janvier 2011 au 13 mars 2014. Après examen détaillé, le temps consacré à la réalisation des opérations listées paraît adapté, vu notamment les écritures, l'ampleur du dossier et le fait que l'avocat n'a été consulté qu'en procédure judiciaire. C'est ainsi un montant de 1'965 fr. (10 heures 55 x tarif horaire de 180 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées dès le 11 janvier 2011, plus TVA à 8 % d'un montant de 157 fr. 20. En outre, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). En l'occurrence, il convient d'allouer à Me Nordmann le montant forfaitaire de 100 fr. à titre de débours, plus TVA à 8 %, soit 108 francs. En définitive, l'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 2'230 fr. 20.

La rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement supportés par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service de justice et législation de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RS 211.02.3])

en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

c) Le présent arrêt est rendu sans dépens, le recourant n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 7 décembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Philippe Nordmann, conseil d'office du recourant, est arrêtée à 2'230 fr. 20 (deux mille deux cent trente francs et vingt centimes), TVA comprise.
- V.** Il n'est pas alloué de dépens.

VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne (pour V. _____),
- 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 :