

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 octobre 2016

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Piguët, juge, et M. Monod, assesseur

Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

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

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1967, a travaillé comme peintre en bâtiment pour l'entreprise J. _____ SA dès l'année 2000. Il s'est retrouvé en incapacité de travail à partir du 5 juillet 2012 suite à un accident de la circulation. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) a versé des indemnités journalières à l'assuré et pris en charge le coût des traitements médicaux

Selon le rapport médical LAA du 27 juillet 2012, l'assuré présentait des contusions multiples et un traumatisme cranio-cérébral (TCC).

Dans son rapport médical du 31 juillet 2012, le Dr D. _____, spécialiste en médecine interne générale, posait le diagnostic de traumatisme cranio-cervical, entorse cervicale et contusions multiples. Il indiquait que l'évolution était favorable sur le plan des douleurs, néanmoins avec une persistance de douleurs cervicales importantes et de raideur. Il précisait que l'assuré souffrait de paresthésies au niveau de C5-C6 et d'une discrète hypoesthésie tacto-algique à droite sans déficit moteur objectivable au status neurologique.

Des tentatives de reprise du travail ont été effectuées le 14 août 2012 et le 15 octobre 2012, sans succès toutefois en raison de douleurs trop importantes.

Les rapports médicaux établis par le Dr D. _____ les 7 et 26 octobre 2012 retenaient, en plus du diagnostic précédemment posé, des cervico-brachialgies à droite invalidantes, avec déficit moteur transitoire, et des lombosciatalgies droites avec hernie discale L5-S1 (également L4 dans le rapport du 7 octobre 2012) avec conflit sur la racine L5 droite.

Le Dr H. _____, spécialiste en radiologie, a conclu, après avoir effectué une IRM lombaire le 27 septembre 2012, à des altérations de

signal des deux derniers disques intervertébraux associées à un foyer de déchirure du ligament annulaire en L4-L5 et L5-S1 ainsi qu'à un foyer d'extrusion focale de matériel discal en L4-L5 légèrement déplacé vers le bas, susceptible d'entrer en contact avec les deux racines L5 à leur émergence du sac thécal. Le Dr H._____ a également effectué une IRM cervicale le 23 octobre 2012, qui a révélé des discopathies et altérations dégénératives osseuses étagées prédominant de part et d'autre du disque intervertébral C5-C6, sans conflit de racine, ni canal étroit.

Dans un rapport du 7 janvier 2013, le Dr U._____, neurochirurgien, et le Dr Y._____, médecin-assistant, ont constaté que l'IRM du 23 octobre 2012 ne montrait pas de compression radiculaire ou médullaire, ni de hernie cervicale. Ils indiquaient que le patient présentait des névralgies cervicobrachiales droites non systématisées, avec des douleurs crurales droites sans signe de Lasègue ni atteinte neurologique objectivée sur l'examen clinique, et que l'imagerie était très rassurante, sans anomalie.

L'assuré s'est soumis à une évaluation interdisciplinaire à la Clinique L._____ (ci-après : L._____) du 28 au 30 janvier 2013, au cours de laquelle il a notamment subi un examen neurologique, pratiqué par le Dr W._____, spécialiste en neurologie, une évaluation des capacités fonctionnelles par la physiothérapeute N._____ ainsi qu'une évaluation psychiatrique effectuée le 31 janvier 2013 par le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport d'examen établi le 4 février 2013, le Dr W._____ et la Dresse X._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, retenaient comme diagnostics primaires un traumatisme cervical indirect le 5 juillet 2012 (S13.4) avec TCC léger et multiples contusions ainsi que des lombalgies chroniques (M54.5) et, comme comorbidité, un tabagisme (F17.1). L'appréciation et la discussion de ces médecins étaient les suivantes :

« A l'examen clinique, on se trouve face à un homme de haute stature, présentant une surcharge pondérale abdominale, souriant et collaborant, manifestant quelques signes douloureux mais se pliant sans rechigner aux tests à effectuer sur ordre. Il ne donne à aucun moment l'impression d'amplifier ses troubles. Malgré ces

quelques signes de comportement douloureux avec la présence de signe de Waddell pour la lombalgie, on relève des amplitudes tant du rachis cervico-lombaire que des articulations périphériques qui sont tout à fait préservées. L'examen neurologique spécialisé ne permet pas de mettre en évidence de signe de lésion centrale ou périphérique cervicale, mais des anomalies posturales en lien avec la persistance de contractures de la musculature fessière et trapézienne droite.

L'examen des documents d'imagerie ne révèle aucun indice en faveur d'une lésion traumatique. On relève la présence de protrusions discales cervicales et lombaires, sans signe de conflit disco-radiculaire identifiable.

M. Q. _____ collabore tout aussi bien à l'évaluation des capacités fonctionnelles qu'il l'a fait au cours de l'approche médicale. Le score de 161 atteint au PACT donne à penser qu'il peut s'employer à des activités exigeant un niveau d'effort moyen. Au vu des résultats réalisés au cours des tests proprement dits, on peut relever qu'il estime correctement le niveau de ses aptitudes fonctionnelles. Il est en effet capable de manutentionner des charges allant de 12,5 à 25 kilos, de monter sur une échelle, alors qu'en revanche il est fortement limité lors des activités au-dessus du niveau de la tête. On peut relever qu'il ne s'autolimité pas et poursuit la mesure. Par conséquent, la volonté de donner le maximum aux différents tests a été réelle et le niveau de cohérence pendant l'évaluation a été élevé.

L'examen psychiatrique nous met face à un homme vigile et orienté entrant aisément en relation, s'exprimant dans un français assez rudimentaire tout à fait suffisant pour une compréhension fine et des explications claires. Mis à part les quelques craintes fugaces lors de la conduite, il n'y a pas d'élément supplémentaire pour un état de stress post-traumatique. La persistance de symptômes de douleurs et paresthésies de la jambe et du bras droit constitue cependant des inquiétudes quant à une étiologie non encore mise en lumière quant à une évolution défavorable (évoque la crainte d'une paralysie à terme). On peut ainsi parler d'une tendance au catastrophisme. La thymie est par ailleurs maintenue et se module bien selon les sujets évoqués. On relève tout de même une certaine irritabilité depuis l'accident ainsi qu'une prise pondérale d'une douzaine de kilos (qu'il attribue au traitement corticoïde mais aussi à l'oisiveté). Il n'y a pas d'élément pour un trouble psychotique ni pour un trouble de personnalité. Au final, on ne retient pas de psychopathologie chez ce patient.

Le pronostic peut être qualifié théoriquement de bon : l'accident du 5 juillet 2012 n'a malgré sa violence provoqué aucune lésion organique objectivable ni laissé de séquelle au plan psychiatrique, malgré quelques symptômes anxieux résiduels qui ne sont pas vraiment un obstacle significatif à l'évolution médicale ni à la réinsertion professionnelle. On relève en revanche une tendance au catastrophisme et un certain enjeu professionnel pouvant entraver singulièrement l'évolution. Cette problématique ainsi qu'une certaine complexité bio-psychosociale, reflétée par le score intermed, complique certainement la prise en charge. »

Selon l'évaluation des capacités fonctionnelles faite le 29 janvier 2013 par la physiothérapeute N._____, l'assuré présente les limitations suivantes :

- Lever du sol à hauteur de la taille : 25 kg
- Lever de la taille à hauteur de la tête : 12,5 kg
Variante avec une prise modifiée (main droite en dessous de la caisse) : 15 kg
- Porter devant à deux mains : 25 kg
- Porter de la main droite (dominante) : 12,5 kg
- Porter de la main gauche (non dominante) : 25 kg
- Travailler au-dessus du niveau de la tête : fortement limité
- Position assise prolongée : légèrement limitée
- Force maximale de préhension de la main droite : 29 kg (inférieure à la norme établie à 35 kg)
- Force maximale de préhension de la main gauche : 46 kg (dans la norme)
- Marche à quatre pattes : sans problème
- Monter sur une échelle : sans problème
Variante avec une caisse de 10 kg portée de la main gauche : légèrement limité.

L'assuré a effectué un séjour à la clinique L._____ du 25 février 2013 au 20 mars 2013. Selon l'avis de sortie établi par la Dresse R._____ le 30 mars 2013, l'incapacité de travail de l'assuré était de 50 % à partir du 21 mars 2013 et il bénéficiait d'une pleine capacité de travail dès le 2 avril 2013. Les diagnostics suivants étaient posés :

- Rachialgie avec irradiation dans les membre supérieur droit et membre inférieur droit
- Troubles dégénératifs C5-C6 et C6-C7 avec minime protrusion discale C5-C6 sans conflit disco-radulaire
- Discopathie L4-L5 et L5-S1 avec protrusion discale médiane sans conflit disco-radulaire
- Traumatisme cervical indirect le 05.07.2012 avec TCC léger et multiples contusions
- Tabagisme actif
- Status post-multiples interventions chirurgicales pour une sinusite chronique
- Allergies : Ponstan, Pénicilline et Aspirine

Le rapport rédigé à l'issue de ce séjour de réadaptation le 2 avril 2013 par la Dresse R._____, la Dresse Z._____, ainsi que le Dr W._____, mentionnait entre autres éléments ceci :

« Sur le plan professionnel, il s'agit d'un peintre en bâtiment à l'incapacité totale de travail depuis l'accident du 05.07.2012. Lors de nos observations professionnelles, nous sommes face à un patient peu collaborant, qui déclare cependant vouloir reprendre son

activité professionnelle antérieure de peintre en bâtiments mais qui de facto ne se met jamais en situation de réaliser les activités professionnelles proches de son activité habituelle. Il refuse systématiquement aux motifs de cervico-brachialgies et de sciatalgies droites et ne travaille pas au-delà de 20-30 minutes en interrompant la mesure pour différents motifs douloureux allégués, hypothéquant ainsi l'ensemble d'une évaluation professionnelle fiable et objective. Le patient s'auto-limite systématiquement, dans un climat extrêmement démonstratif et en conclusion ce sont les discordances mises en évidence par le patient, la fluctuation permanente de son implication, la mise en scène très démonstrative de la symptomatologie alléguée qui ne permettent pas d'évaluer réellement le potentiel du sujet. Ce sont des facteurs non organiques qui paraissent conditionner actuellement le retour à l'emploi antérieur. Nous n'avons pas observé objectivement de limitation qui justifierait une prolongation de la cessation des activités professionnelles antérieures de peintre en bâtiment.

En résumé, la prise en charge multidisciplinaire durant 3 semaines n'a pas permis de noter une amélioration des différentes plaintes alors que nous n'avons aucun substrat organique pour clairement expliquer la persistance de telles autolimitations. Le patient ne s'engage pas dans le processus de rééducation, notamment dans la prise en charge de physiothérapie ainsi qu'aux ateliers professionnels. Le discours est contradictoire entre les informations qu'il donne aux différents médecins. Nous décidons donc d'un retour à domicile avec une reprise rapide des activités professionnelles. »

Par décision du 25 mars 2013, la CNA a repris les conclusions des médecins de la clinique L. _____ relatives à la capacité de travail de l'assuré et a mis fin au versement des indemnités journalières. L'opposition que l'assuré a formée contre cette décision, par l'intermédiaire de sa protection juridique, a été rejetée par décision sur opposition du 25 juin 2013.

Dans un rapport du 30 avril 2013, le Dr D. _____ indiquait que son patient avait été victime d'un traumatisme crânio-cérébral sévère et qu'une reprise de travail dans l'activité habituelle semblait impossible alors, compte tenu des douleurs importantes se manifestant rapidement après les efforts.

L'assuré a été examiné le 24 mai 2013 par le Dr F. _____, spécialiste en neurologie, qui a posé les diagnostics suivants :

- Lombosciatalgie droite chronifiée sur possible irritation radiculaire S1 droite

- Cervicobrachialgie droite chronifiée avec possible irritation radiculaire C7 droite, sans anomalie à l'examen électrophysiologique
- Status après accident de la voie publique le 5 juillet 2012 avec :
 - traumatisme cranio-cérébral avec commotion cérébrale,
 - entorse cervicale et lombaire,
 - contusions multiples au niveau temporo-pariétal droit, thoracique, épaule droite et flanc,
 - état de stress post-traumatique transitoire traité.

Dans ses conclusions, le Dr F. _____ exposait :

« L'examen neurologique ne révèle qu'une certaine hypoalgésie dans le dermatome C7 droit, au niveau du membre inférieur droit il n'y a pas de net déficit sensitivomoteur. Au testing de la force il y a plutôt un lâchage antalgique au niveau de l'épaule droite. Le bilan électrophysiologique est par contre complètement normal, la neurographie des fibres terminales du nerf sciatique (nerf péronier, nerf tibial et nerf sural droits) est sans anomalie. Aussi la neurographie du nerf médian et du nerf ulnaire droite est dans la norme. La myographie des myotomes L5 et S1 droite est normale, aussi la myographie du myotome C7 est dans la norme. A noter que le patient supporte extrêmement mal la myographie.

Je ne trouve pas une bonne explication pour la chronification de ce syndrome douloureux sous forme d'une probable irritation radiculaire S1 droite et C7 droite. Vous avez effectué une IRM lombaire au mois de septembre 2012 qui démontre un foyer d'extrusion focale de matériel discal en L4-L5 légèrement déplacé vers le bas. L'IRM cervicale du mois d'octobre 2012 ne révèle que des discopathies dégénératives prédominant au niveau C5-C6 sans conflit radiculaire. Pour cette raison vous avez encore demandé un avis neurochirurgical. Je vous propose de présenter le patient à un centre de la douleur pour une prise en charge antalgique. »

J. _____ SA a mis fin au contrat de travail de l'assuré pour le 31 août 2013. Ce dernier s'est alors inscrit au chômage, annonçant un taux de placement de 100 %.

L'assuré a déposé une demande de détection précoce le 22 mai 2014 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), invoquant souffrir d'une hernie discale au niveau de C3, C5 et C7. Lors de son entretien à l'OAI du 17 juin 2014, il s'est plaint de douleurs au bras droit, à la nuque, au dos, à la jambe droite avec irradiation dans le pied droit, ainsi que de vertiges, de fatigue, de maux de tête, de problèmes de mémoire, précisant que son moral était bas et qu'il était nerveux et irritable.

Le 8 juillet 2014, il a déposé une demande de prestations AI auprès de l'OAI.

Dans son rapport du 21 juillet 2014 adressé à l'OAI, le Dr D._____ a retenu comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail des lombo-sciatalgies droites invalidantes sur probable conflit radiculaire L5 et cervico-brachialgies droites récurrentes avec déficit moteur fluctuant survenues après un accident sur la voie publique le 5 juillet 2012 (contexte de discopathies et altérations dégénératives multi-étagées) et, concernant cet accident, un traumatisme cranio-cérébral avec perte de connaissance, une entorse cervicale et lombaire, des contusions multiples au niveau tempo-pariétal droit, thoracique, de l'épaule droite et du flanc droit ainsi qu'un état de stress post-traumatique transitoire traité. Il mentionnait également, comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, un excès pondéral avec BMI à 29,8 kg/m², des allergies à l'aspirine, à la pénicilline, aux AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) et un tabagisme. Le Dr D._____ estimait que l'assuré présentait une incapacité totale de travail du 9 juillet 2012 au 31 mars 2013 ainsi que depuis le 11 juin 2014, précisant qu'il ne devait pas porter du lourd ni près, ni loin du corps, qu'il devait éviter les rotations et flexions du tronc ainsi que de monter sur des échafaudages, de sorte que son activité de peintre en bâtiments n'était plus exigible. Selon lui, une réadaptation professionnelle était envisageable dans une activité adaptée qui était exigible immédiatement, à un pourcentage de 50 à 100 % à évaluer. Concernant les limitations dues à l'état de santé, il retenait encore qu'on ne pouvait exiger de l'assuré qu'il doive se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi ou encore à genoux.

Le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé, dans son avis du 27 août 2014, que les éléments du dossier médical constitué par la CNA apparaissaient objectifs et probants en faveur d'une capacité de travail pleine et entière dans l'activité habituelle dès le 2 avril 2013, dans des conditions similaires aux conditions initiales précédant l'accident, précisant en particulier qu'aucun avis spécialisé rhumatologique n'était venu contredire les conclusions de

la clinique L._____, qui avait évalué l'assuré sur plus d'un mois. Le SMR a confirmé sa position en date du 21 novembre 2014.

Le 25 novembre 2014, l'OAI a fait parvenir à l'assuré un projet de décision refusant sa demande de reclassement et sa rente d'invalidité, au motif que sa capacité de travail était à nouveau de 100 % à partir du 2 avril 2013 dans son activité habituelle de peintre en bâtiments ou dans toute activité lucrative quelle qu'elle soit, comme cela ressortait des observations médicales de l'évaluation interdisciplinaire et du séjour auprès de la clinique L._____.

Par courrier du 10 décembre 2014, l'assuré a fait valoir que son état de santé ne lui permettait pas de reprendre une activité, qu'elle soit identique ou adaptée, et a produit un certificat médical du Dr D._____ du 10 décembre 2014, attestant qu'il était en arrêt de travail à 100 % depuis le 1^{er} avril 2013.

Par décision du 26 janvier 2015, l'OAI a refusé la demande de mesure de reclassement de l'assuré ainsi que sa demande de rente d'invalidité au motif qu'il avait recouvré une capacité de travail entière depuis le 2 avril 2013 et ne présentait par conséquent pas d'invalidité, précisant qu'il n'y avait pas d'argument médical susceptible de remettre en cause les conclusions de la clinique L._____.

B. Le 26 février 2015, Q._____ a recouru contre cette décision par l'intermédiaire de son mandataire auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au constat de son droit à une rente d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour complément d'instruction. Il a également demandé à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, sous la forme d'une dispense d'avance de frais et de la nomination de son mandataire en qualité d'avocat d'office. Il a fait valoir qu'il n'était toujours pas rétabli de son accident de la circulation du 5 juillet 2012, qu'il présentait des troubles fonctionnels, que l'IRM du 27 septembre 2012 avait révélé des atteintes au niveau lombaire et qu'il

souhaitait utiliser au mieux ses capacités de travail résiduelles. Il contestait les conclusions de la CNA, précisant que l'OAI n'était pas lié par celles-ci et que sa protection juridique avait omis d'exercer un recours dans les temps contre la décision sur opposition de la CNA. Il jugeait l'évaluation interdisciplinaire du 4 février 2013 ambivalente, soulignant qu'elle reconnaissait la persévérance de céphalées et de cervicalgies et qu'elle qualifiait le pronostic de bon, mais seulement théoriquement, les médecins n'étant pas en mesure d'objectiver des lésions organiques.

Par décision incidente du 27 février 2015, l'assuré a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, comprenant une exonération d'avances et de frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de son mandataire.

Dans sa réponse du 16 avril 2015, l'OAI s'est référé à sa décision du 26 janvier 2015.

Le 30 juin 2015, l'assuré s'est prévalu de l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014 du 3 juin 2015, publié depuis lors à l'ATF 141 V 281, et a versé en cause plusieurs documents médicaux :

- Dans un rapport du 2 mars 2015, le Dr V._____, spécialiste de la colonne vertébrale et en chirurgie orthopédique ainsi que traumatologie de l'appareil locomoteur, retenait, après examen du dossier, un syndrome douloureux chronique au niveau du rachis cervical et lombaire, avec irradiations dans les membres supérieurs et inférieurs, sans déficits invalidants, en particulier neurologiques. Il indiquait que l'évaluation de la clinique L._____ lui semblait correcte et surtout très fouillée, mais qu'un examen psychiatrique était recommandé au vu du possible syndrome de fatigue chronique évoqué par la Dresse I._____.
- La Dresse P._____, spécialiste en anesthésiologie, posait dans son rapport médical du 7 avril 2015 le diagnostic « Whiplash Syndrome, Whiplash-Associated Disorders » (traumatisme cervical

ou « coup du lapin » et troubles associés au traumatisme cervical) et mentionnait que les résultats de laboratoires démontraient un état inflammatoire avec des sécrétions de prostaglandines PG2 (les neurotransmetteurs de douleurs).

- Un nouveau certificat médical du Dr D. _____ prolongeait l'arrêt de travail de l'assuré jusqu'au 16 juin 2015. Il précisait, dans un courrier du 19 juin 2015, que dès que l'assuré sollicitait le membre supérieur droit et sa colonne lombaire, les douleurs récidivaient très rapidement, rendant son activité professionnelle de plâtrier-peintre impossible à ses yeux.
- Dans un rapport du 30 avril 2015, le médecin-conseil du Service de l'emploi du canton de Vaud, le Dr K. _____, estimait que l'assuré présentait une capacité de travail de 50 % pour réadaptation dans une activité avec quelques limitations et qu'il pourrait à terme exercer une activité à 100 %.

Par courrier du 29 septembre 2015, l'assuré a produit un rapport médical du 11 août 2015 rédigé en allemand par le Dr T. _____, spécialiste en médecine interne générale, de la Clinique [...], lequel, après examen de l'assuré en date du 4 août 2015, retenait pour diagnostic : « Schwerst chronifizierter Beschwerdekomples mit zentraler Sensitivierung bei status nach Verkehrsunfall (rechtsseitliche Kollision) am 05.07.12 mit Commotio und HWS-Distorsion », en traduction libre : complexe de douleurs chronifiées sévères avec sensibilisation centrale sur status après accident de la circulation [collision du côté droit] avec commotion et traumatisme cervical. Il relevait notamment : « Auf des psychoreaktiven Ebene kann von einer schwerst chronifizierten Anpassungsstörung mit depressiven Elementen ausgegangen werden », à savoir : sur le plan psycho-réactif, on peut conclure à un trouble de l'adaptation chronifié sévère avec éléments dépressifs. Il recommandait un suivi psychiatrique et psychologique, de la physiothérapie comprenant un programme conséquent à effectuer à domicile, une tentative médicamenteuse avec

Lyrica ou Cymbalta et l'application par l'assuré de compresses chaudes ainsi que d'un analgésique local sous forme de gel.

L'assuré a également versé en cause une lettre adressée à son mandataire par la Dresse P._____ le 1^{er} septembre 2015, dont on comprend que les résultats de laboratoires mentionnés dans le certificat médical du 7 avril 2015 sont en adéquation avec les douleurs présentes et le syndrome cervico-brachial décrit par le Dr T._____. Elle a en outre mentionné que la sensibilisation centrale provoquait une hyperalgésie et une hypoesthésie dans l'hémicorps droit.

Le recourant a soutenu que ces deux rapports démontraient qu'il se trouvait en incapacité totale de travailler depuis son accident, notamment en raison de douleurs très vives et ininterrompues.

Le 3 novembre 2015, il a fourni un rapport médical du neurologue Dr B._____, daté du 5 octobre 2015, qui retient la présence d'un syndrome cervico-vertébral modéré, sans évidence objectivement déficitaire pour une atteinte radiculaire au niveau des membres supérieurs, notamment à droite. Il précise qu'il s'agit d'une symptomatologie essentiellement irritative, chronifiée, dans les suites de l'accident qui a été responsable d'une distorsion cervicale. Au niveau des membres inférieurs, il diagnostique un syndrome lombovertébral modéré ainsi qu'un syndrome radiculaire irritatif caractérisé par une manœuvre de Lasègue sensible en fin de course, mais sans déficit radiculaire, sinon une relative hypoesthésie dans le dermatome L5 à droite. Il note également une relative limitation pour la mobilité de l'épaule droite, qui pourrait justifier un examen. Le Dr B._____ a conclu à propos de l'assuré : « Il est clair que dans son activité de peintre en bâtiment la capacité est actuellement nulle vu la persistance de cette symptomatologie algique depuis plus de 3 ans. [...] Une reconversion professionnelle pourra entrer en ligne de compte ».

Le recourant a versé en cause, le 15 décembre 2015, le rapport médical établi le 24 novembre 2015, par le Dr M._____,

chirurgien orthopédiste, qui annonçait avoir demandé une arthro-IRM de l'épaule droite pour ce « patient difficilement examinable car très douloureux et très démonstratif ».

Invité à se déterminer sur ces différents rapports médicaux, l'OAI a interpellé le SMR à leur propos. Dans un avis médical du 16 février 2016, le SMR a rappelé qu'un examen psychiatrique avait été réalisé par le Dr G._____ lors de l'évaluation interdisciplinaire de janvier 2013, qu'aucune atteinte psychopathologique n'avait été retenue et que l'examen des membres supérieurs, lors de cette évaluation, était dans les limites de la norme. S'agissant du rapport médical du Dr B._____, le SMR relevait que celui-ci attestait une capacité de travail nulle dans l'ancienne activité de peintre en bâtiment à cause des douleurs chroniques persistantes depuis trois ans et non pas en raison d'une atteinte somatique objectivable et sévère, rappelant que l'évaluation de la clinique L._____ n'avait pas mis en évidence de lésion organique objectivable et qu'il persistait seulement des lésions dégénératives. Le SMR estimait que les éléments médicaux énumérés dans les documents produits durant les 10 mois suivant la décision OAI étaient compatibles avec un processus dégénératif et chronique intervenu pendant la longue période intervenue entre l'examen de la clinique L._____ (janvier 2013), la décision de l'OAI (janvier 2015) et les derniers compte rendus fournis (novembre 2015) et que cela ne permettait pas de mettre en cause la valeur probante de l'évaluation faite par la clinique L._____ en 2013. Le SMR a conclu que les pièces médicales fournies par le conseil de l'assuré ne rapportaient pas d'éléments médicaux rattachés à la situation qui prévalait jusqu'à la décision litigieuse, qui auraient été ignorés ou négligés dans le cadre des investigations de la CNA sur lesquelles la décision même avait été basée. S'appuyant sur cet avis médical, l'OAI a maintenu sa décision.

Par courrier du 2 mai 2016, le recourant a versé en cause un rapport médical du 5 janvier 2016 dans lequel le Dr M._____ indiquait que l'arthro-IRM était suboptimale car le patient ne tenait pas dans l'IRM en raison de douleurs dorsales et que cet examen avait montré un tendon

en continuité, sans lésion transfixiante. Il a également fait état d'une diminution des douleurs.

En revanche, le Dr E._____, le spécialiste en radiologie ayant procédé à l'IRM de l'épaule droite de l'assuré en date du 4 janvier 2016, concluait à la présence d'une déchirure subtransfixiante voire transfixiante du tendon supra-épineux sans répercussion musculaire ni rétractation tendineuse.

L'assuré a fourni un rapport médical du Dr D._____ du 30 septembre 2015, selon lequel il présentait également un diabète, des problèmes de vue et des acouphènes, qui n'étaient toutefois pas incapacitants.

L'OAI a maintenu sa position en date du 24 mai 2016, après avoir fait apprécier les nouvelles pièces versées au dossier par le SMR. Dans son avis médical du 23 mai 2016, ce dernier a notamment retenu que l'assuré n'avait émis aucune plainte spécifique concernant son épaule droite entre début 2013 et janvier 2015, date de la décision, que ce n'était qu'en novembre 2015 que le Dr M._____ mentionnait pour la première fois une atteinte à l'épaule droite. Il a conclu que les pièces médicales fournies par l'assuré ne rapportaient pas d'éléments médicaux rattachés à la situation qui prévalait jusqu'à la décision litigieuse de janvier 2015, qui auraient été ignoré ou négligés.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) (art. 1 LAI).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA, instaurant une procédure d'opposition, et 58 LPGA, consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, 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 cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

c) En l'espèce, interjeté dans le respect du délai légal et des autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision, laquelle détermine l'objet de la contestation. Dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le

recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 ; 131 V 164 consid. 2.1; 130 V 138 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c ; cf. également TF 9C_195/2013 du 15 novembre 2013 consid. 3.1).

b) Dans la décision contestée, l'OAI a refusé au recourant le droit à des prestations d'assurance-invalidité, plus particulièrement le droit à une rente et à une mesure de reclassement. Dans son recours, l'assuré conteste uniquement le refus d'une rente d'invalidité et conclut à l'octroi d'une telle rente. Dans la mesure où le recourant ne remet pas en question le refus d'une mesure de reclassement, le présent litige porte seulement sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

3. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : un taux de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60 % au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie

des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et réf. citées).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport

médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_410/2014 précité consid. 3.3).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C_407/2014 précité ; voir également TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

c) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b, avec les références citées ; TF 9C_899/2013 du 24 février 2014 consid. 4.3 ; 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4).

4. a) En l'occurrence, les médecins consultés ont retenu principalement pour diagnostic un traumatisme crânio-cérébral et cervical ainsi que des rachialgies chroniques avec irradiations dans l'hémicorps droit. Dans sa décision du 26 janvier 2015, l'OAI s'est fondé sur les résultats de l'examen pluridisciplinaire de l'assuré à la clinique L._____, du 28 au 30 janvier 2013 et du 25 février au 20 mars 2013, lesquels n'avaient permis de mettre en évidence aucune lésion organique objectivable expliquant la symptomatologie douloureuse et qui aurait justifié une prolongation de la cessation des activités professionnelles antérieures de peintre en bâtiment, de sorte que les médecins concluaient à une capacité de travail de 50 % depuis le 21 mars 2013 et à une pleine capacité de travail à partir du 2 avril 2013.

Dans ses avis médicaux des 16 février et 23 mai 2016, le SMR s'est prononcé sur les nouveaux rapports médicaux produits par l'assuré et a estimé qu'ils ne permettaient pas de s'écarter des conclusions de la clinique L._____.

Les conclusions de la clinique L._____ ont en l'occurrence été corroborées par le Dr V._____, spécialiste de la colonne vertébrale et en chirurgie orthopédique, dans son rapport du 2 mars 2015. Ce praticien relevait notamment qu'il n'existait pas de déficits invalidants, en particuliers neurologiques, à mettre en relation avec les plaintes du recourant. A noter que dans son rapport médical du 21 juillet 2014, le Dr D._____, médecin traitant de l'assuré, reconnaissait également que ce dernier avait recouvré une pleine capacité de travail du 1^{er} avril 2013 au 10 juin 2014, date à partir de laquelle il estimait que son patient était à nouveau en incapacité. On comprend de son rapport que cette nouvelle incapacité de travail s'explique par les douleurs alléguées par son patient. Or, le Dr D._____ ne donne aucune indication quant à une aggravation des atteintes somatiques existantes, respectivement l'existence d'une nouvelle atteinte susceptible d'expliquer la détérioration de l'état de santé de son patient à partir du 10 juin 2014 et jusqu'à la date de la décision litigieuse. Son certificat médical du 19 juin 2015 n'est pas plus explicite.

En outre, comme le relève l'avis médical du SMR du 16 février 2016 au sujet du rapport médical du Dr B._____, celui-ci atteste une capacité de travail nulle dans l'ancienne activité de peintre en bâtiment à cause des douleurs chroniques persistantes depuis trois ans et non pas en raison d'une atteinte somatique objectivable et sévère fondant la symptomatologie douloureuse. La Dresse P._____ a certes mentionné un état inflammatoire mis en évidence par des résultats de laboratoire. Néanmoins, il n'est pas démontré que cet état inflammatoire serait préexistant à la décision litigieuse et, comme relevé par le SMR, cette appréciation est fondée uniquement sur des analyses sanguines.

Les rapports médicaux du Dr T._____ et de la Dresse P._____, centrés sur les douleurs, ne démontrent pas non plus l'existence d'une atteinte à la santé générant une incapacité de travail qui n'aurait pas été prise en compte par la clinique L._____, respectivement qui serait survenue entre le séjour à la clinique L._____ et la décision litigieuse.

b) En ce qui concerne les troubles psychiques, le Dr V._____ estime qu'un examen psychiatrique est recommandé au vu du possible syndrome de fatigue chronique évoqué par la Dresse I._____. Le Dr T._____ conclut quant à lui à la présence d'un trouble de l'adaptation chronifié sévère avec éléments dépressifs, tandis que le Dr D._____ retient uniquement un état de stress post-traumatique traité (cf. rapport du 21 juillet 2014). D'une part, il faut relever qu'aucun des rapports médicaux au dossier ne fait référence à une quelconque incapacité de travail en relation avec les troubles psychiques évoqués. D'autre part, il sied de rappeler que l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un psychiatre, s'appuyant *de lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Or, les médecins précités n'ont pas une telle spécialisation, au contraire du Dr G._____, psychiatre et psychothérapeute, qui a examiné l'assuré le 31 janvier 2013 lors de son évaluation interdisciplinaire à la [...], et qui n'a retenu aucune psychopathologie. Certes, l'assuré aurait pu développer un trouble

psychique depuis lors. Néanmoins, à la lecture du rapport du Dr T. _____ du 11 août 2015, il apparaît qu'à cette date, l'assuré ne suivait pas de psychothérapie et le Remeron, qui est un antidépresseur, lui était prescrit pour le sommeil. Une telle hypothèse paraît donc improbable.

c) Selon la jurisprudence, en cas d'atteinte particulière de la colonne cervicale sans preuve d'un déficit organique objectivable (traumatisme de type « coup du lapin », traumatisme analogue à la colonne cervicale ou traumatisme crânio-cérébral), le caractère invalidant des troubles doit être apprécié, dans le cadre de l'assurance invalidité, en appliquant par analogie les critères développés par la jurisprudence pour apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux (ATF 136 V 279 ; cf. également ATF 141 V 574 et TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4). Dans l'ATF 141 V 281, dont se prévaut le recourant, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 p. 291 ss et 3.5 p. 294) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4 p. 296). Il a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux - respectivement d'une affection psychosomatique comparable - au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le

fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact.

En l'occurrence, plusieurs des médecins consultés ont fait état d'observations allant clairement dans le sens d'une exagération. Dans le rapport du 2 avril 2013 établi à la suite du séjour de l'assuré à la clinique L._____, il est notamment fait mention d'une autolimitation systématique du recourant, avec force démonstrations. Ce même rapport indique que l'assuré a refusé un examen électroclinique (ENMG), préconisé en raison de la persistance de rachialgies avec irradiations dans l'hémicorps droit, et que son discours est contradictoire entre les informations qu'il donne aux différents médecins. Ces observations seront ultérieurement partagées par le Dr M._____, lequel, dans son rapport du 24 novembre 2015, parle d'un « patient difficilement examinable car très douloureux et très démonstratif ». Ces éléments plaident en faveur d'un motif d'exclusion au sens de la jurisprudence (cf. consid. 2.2 de l'ATF 141 V 281).

Dès lors, même si on devait retenir la présence d'un traumatisme de type « coup du lapin », le caractère invalidant de cette atteinte devrait de toute façon être nié.

d) Suite à la décision attaquée, l'assuré s'est également plaint de son épaule droite. Le Dr B._____ est réservé quant à cette atteinte qui pourrait être nouvelle ; il retient une relative limitation de la mobilité et préconise une IRM, tout comme le Dr M._____ ultérieurement. Celle-ci a été effectuée en cours de procédure judiciaire avec un résultat mitigé quant à sa qualité et des lectures différentes quant à l'existence d'une lésion tendineuse de l'épaule. Peu importe cette contradiction, surtout en présence d'une image de mauvaise qualité, l'essentiel étant l'appréciation résultant de l'examen clinique du spécialiste et en l'occurrence, il ne peut être inféré du rapport du Dr M._____ du 5 janvier 2016 une quelconque incapacité de travail inhérente à l'épaule droite existant avant le 26 janvier 2015.

e) Au vu de l'ensemble de ce qui précède, il faut conclure qu'au moment de la décision attaquée à tout le moins, l'assuré ne présentait pas une atteinte incapacitante au sens de l'assurance-invalidité. En définitive, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient, sur la base d'une appréciation correcte des avis médicaux au dossier, que depuis le 2 avril 2013, le recourant présentait une pleine capacité de travail dans sa précédente activité, ce qui exclut le droit à une rente d'invalidité.

5. a) Il en résulte que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

c) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC (code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272), applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en

mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le recourant dispose, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat, en la personne de Me Olivier Carré. Me Carré a produit le 6 juin 2016 le relevé des opérations effectuées pour le compte du recourant. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 17.76 heures au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). En l'absence de liste des débours, il y a lieu de fixer ceux-ci à 100 fr. en application de l'art. 3 al. 3 RAJ, auquel renvoie l'art. 18 al. 5 LPA-VD. Compte tenu de la TVA au taux de 8 %, cela représente un montant total de 3'560 fr. 55 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 26 janvier 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant, et sont provisoirement supportés par l'Etat.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

V. L'indemnité d'office de Me Carré, conseil du recourant, est arrêtée à 3'560 fr. 55 (trois mille cinq cents soixante francs et cinquante-cinq centimes), débours et TVA compris.

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

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour Q. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :