

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 novembre 2017

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
Mme Röthenbacher et M. Neu, juges  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], 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.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1960, travaillait comme maçon-machiniste grutier pour l'entreprise N.\_\_\_\_\_ SA à [...] depuis le 12 mars 1989. Le 7 mars 2007, il a chuté d'une hauteur de 3 mètres depuis un échafaudage et a été transféré au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil locomoteur du X.\_\_\_\_\_ (ci-après : le X.\_\_\_\_\_), où le Dr Z.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une fracture comminutive du calcanéum droit avec atteinte de l'articulation calcanéocuboïdienne, de l'articulation sous-astragalienne et fracture de la grosse tubérosité, ainsi qu'une fracture du calcanéum gauche (rapport médical LAA du 11 avril 2007). Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA).

Le 21 mars 2007, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à la reconstruction du calcanéum droit par arthrodèse sous-astragalienne et mise en place de Connexus.

Le 7 décembre 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI ou l'intimé).

Le Dr K.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique traitant de l'assuré exerçant au Service d'orthopédie et de traumatologie du X.\_\_\_\_\_, dans des rapports des 31 août et 21 décembre 2007, a posé le diagnostic de status après fracture bilatérale du calcanéum. Il a évoqué un traitement conservateur au pied gauche et une reconstruction du calcanéum droit qui s'était compliquée d'une infection précoce ayant nécessité le débridement de la plaie infectée, la mise en place d'antibiotiques locaux, ainsi que la confection d'un lambeau fascio-cutané de rotation le 4 mai 2007. Il a constaté la persistance de douleurs au niveau des calcanéa plus importantes à droite qu'à gauche, nécessitant le port de chaussures à semelles adaptées.

A la suite du séjour de l'assuré à la C.\_\_\_\_\_ à [...] (ci-après : C.\_\_\_\_\_) du 3 janvier au 19 février 2008, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, chirurgien orthopédique, et la Dresse R.\_\_\_\_\_, médecin praticien, ont, dans leur rapport du 22 février 2008, confirmé les diagnostics déjà posés. Ils ont également retenu au titre de comorbidité, 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. Ils ont en outre considéré que la situation médicale n'était pas stabilisée tout en admettant d'ores et déjà des limitations fonctionnelles pour la marche en terrain inégal, la montée ou descente fréquente d'escaliers ou d'échelles, la marche en terrain en pente, la station debout prolongée et l'accroupissement. Ils relevaient néanmoins une situation fragile s'agissant de la dépendance à l'alcool, le patient niant le problème. Les médecins ont retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de grutier du 20 février au 20 mars 2008, précisant sur l'avis de sortie qu'un changement de profession était indiqué.

Dans un rapport du 21 février 2008, le Dr M.\_\_\_\_\_ a relevé qu'une activité sur des chantiers n'était plus exigible mais qu'il subsistait néanmoins une capacité de travail entière dans une activité à la chaîne en position assise ou de magasinier plutôt assis.

L'assuré a recommencé à travailler auprès de l'entreprise N.\_\_\_\_\_ SA le 1<sup>er</sup> avril 2008, uniquement le matin et avec un rendement diminué, effectuant des travaux de maintenance, des petites réparations et du rangement.

Le 8 avril 2008, le Dr K.\_\_\_\_\_ a confirmé qu'il suivait l'assuré en raison de problèmes d'alcool, de tabac et de dépression en réaction à l'accident. Ces circonstances qui jouaient un rôle dans l'évolution du cas restaient sans rapport avec l'accident. Il a admis une possible reprise du travail à 50 % dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> avril 2008 et mentionné

la possibilité de douleurs chroniques au niveau de la fracture du calcanéum.

L'assuré a été examiné par le Dr B.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste et médecin d'arrondissement de la CNA, qui a noté dans son rapport du 8 mai 2008 que la reprise de l'activité usuelle n'était pas envisageable mais qu'il subsistait en revanche une pleine capacité de travail dans une activité ne nécessitant pas de port de charges de plus de 10 kg, la station debout prolongée, les longs trajets, la marche en terrain accidenté ainsi que l'utilisation d'échelles et d'escaliers.

Dans un rapport médical du 9 septembre 2008, le Dr K.\_\_\_\_\_ a retenu que l'évolution était lentement favorable même si l'assuré se plaignait de douleurs au niveau des deux calcanées, nécessitant la prise d'anti-inflammatoires et d'analgésiques. Il confirmait l'existence d'un probable problème psychique et d'un alcoolisme chronique.

Le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin associé au service d'antalgie du X.\_\_\_\_\_, a relevé dans un rapport du 2 octobre 2008 des douleurs aux deux calcanea à caractère clairement mécanique, rendant tout geste d'antalgie interventionnelle inutile.

L'assuré a effectué un stage d'observation professionnelle au Centre Oriph (COPAI) du 10 novembre au 5 décembre 2008. Dans ce cadre, il a fait l'objet d'une évaluation par le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin consultant du COPAI, spécialiste en médecine interne générale et néphrologie, qui a constaté une évolution défavorable avec des douleurs constantes quelle que soit la position, un état général moyen avec une hypotrophie musculaire nette des quatre membres entrant certainement dans le cadre d'un éthylo-tabagisme chronique. Il a également noté l'existence de troubles vasculaires aux membres inférieurs à mettre sur le compte du tabac plutôt que celui de l'accident. En revanche, la claudication intermittente, réduisant le périmètre de marche à quelques dizaines de mètres, était liée aux talons accidentés. Il n'a pas précisé la capacité de travail qu'il retenait, considérant qu'à l'époque du stage,

l'assuré n'avait pas l'endurance nécessaire pour travailler durant une journée entière en raison de ses douleurs qui augmentaient au fil des heures.

Dans son rapport d'évaluation finale du 19 décembre 2008, le COPAI a retenu une capacité de travail résiduelle de 50 % avec un rendement dans la norme. Il a constaté que l'assuré manquait d'appui fonctionnel sur ses membres inférieurs en raison de douleurs lancinantes et pesantes aux talons, qu'il manquait également d'endurance et de résistance à l'effort et enfin qu'il était dans un état général altéré par la consommation de tabac et d'alcool. Il a souligné la volonté et l'engagement de l'assuré, qui restaient bien présents malgré ses difficultés physiques évidentes. Il a indiqué que les rendements fournis étaient de 50 à 60 % sur la journée entière et pouvaient être supérieurs à court terme, par exemple sur une demi-journée. Il a retenu des limitations fonctionnelles liées à l'impossibilité de maintenir la position debout plus de quelques minutes et la position assise prolongée ainsi que la nécessité de se lever pour éviter l'endormissement des membres inférieurs.

Le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a admis, dans son avis du 14 janvier 2009 établi sur la base du rapport du médecin d'arrondissement de la CNA et de la C.\_\_\_\_\_, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (pas de station debout prolongée, pas de déplacements répétés ou sur terrain inégal, pas de montées ou descentes d'escaliers, pas de port de charges). Il a également retenu un alcoolisme primaire pouvant avoir une certaine influence.

Le 18 février 2009, l'assuré a été une nouvelle fois examiné par le Dr B.\_\_\_\_\_. Dans son rapport médical du même jour, ce dernier a notamment admis l'existence de séquelles accidentelles relativement importantes et constaté une comorbidité susceptible d'aggraver les douleurs, notamment leur composante neurogène, pouvant entraîner des troubles de l'équilibre et, plus généralement, limiter les capacités d'adaptation. Considérant ne pas pouvoir prendre en considération la

douleur forcément subjective, il a confirmé l'existence d'une capacité de travail totale sans diminution de rendement, à l'instar de ce qu'il indiquait dans son rapport du 8 mai 2008.

Le Dr P.\_\_\_\_\_, dans un rapport du 3 juin 2009, a noté la persistance de douleurs majeures dans le cadre d'un status compliqué avec surinfection du côté opéré. Il a proposé la poursuite du traitement antalgique.

Dans un rapport du 23 juillet 2009, le Dr K.\_\_\_\_\_, prenant en considération les plaintes de l'assuré concernant ses importantes douleurs au niveau des talons, a estimé qu'une reprise du travail à 50 % était possible sur le plan orthopédique depuis juillet 2008.

L'assuré a effectué un stage professionnel à plein temps auprès des Y.\_\_\_\_ (ci-après : Y.\_\_\_\_), à [...], du 24 août au 20 novembre 2009. Dans leur rapport du 9 décembre 2009, les responsables du stage ont conclu qu'en ne tenant compte que de l'atteinte physique, l'assuré pouvait occuper un poste dans le circuit économique normal à plein temps avec des rendements proches de la norme (80 % à l'époque du rapport). Les difficultés annexes liées à la consommation d'alcool et de tabac, à son humeur dépressive et à ses difficultés à gérer la douleur étaient de nature à compromettre son investissement dans une activité professionnelle à plein temps et sur le long terme. Cette problématique était en outre susceptible de dégrader son état de santé général. Afin de poursuivre le réentraînement, le stage a été prolongé jusqu'au 28 février 2010 d'abord à 100 % puis à 50 % à partir du 14 décembre 2009, date à laquelle la Dresse S.\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a ordonné un arrêt de travail à 50 %. L'évaluation complémentaire du 9 mars 2010 des responsables des Y.\_\_\_\_ a permis de confirmer en substance les observations et les conclusions de leur précédent rapport.

Le 1<sup>er</sup> décembre 2009, le Dr K.\_\_\_\_\_ a considéré après avoir examiné l'assuré qu'une activité au-delà d'un taux de 50 % n'était pas envisageable.

La Dresse S.\_\_\_\_\_ a retenu, dans un certificat médical du 11 décembre 2009, qu'une reprise à 100 % n'était pas envisageable, appréciation confirmée dans son rapport du 5 février 2010, dans lequel elle a évoqué une incapacité de travail de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> avril 2008, de sorte qu'il ne s'agissait pas d'une péjoration. Elle a en outre relevé une symptomatologie douloureuse permanente dans les deux calcanea répondant mal au traitement antalgique.

Dans un avis médical du 24 février 2010, le Dr D.\_\_\_\_\_ a constaté que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas péjoré et qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux objectifs permettant de s'écarter de son appréciation du 14 janvier 2009.

Dans un rapport médical intermédiaire du 7 mai 2010 adressé à l'assureur-accident, la Dresse S.\_\_\_\_\_ a noté que l'évolution était stationnaire avec persistance de douleurs mécaniques et qu'un dommage permanent était à craindre.

Le 16 juin 2010, le Dr Q.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste au X.\_\_\_\_\_, a précisé que l'assuré présentait des douleurs localisées essentiellement au niveau de la face plantaire de l'arrière-pied suite à un vice de position de l'os résultant de la fracture et en raison d'une hypoplasie du coussin adipeux, reliée fort probablement aux comorbidités (grand tabagisme et alcoolisme chronique). Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail.

Après avoir examiné l'assuré à la demande de la CNA, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et cardiologie, a évoqué dans un rapport du 20 août 2010 qu'il était possible d'espérer une amélioration de l'état général de l'assuré suite à l'arrêt de la consommation d'alcool depuis deux mois au moment de son examen et à la diminution du

tabagisme. Il a considéré qu'une remise au travail paraissait difficile car l'assuré s'estimait incapable de travailler assis plus de deux heures et encore moins de travailler debout immobile ou accroupi.

Le Dr B.\_\_\_\_\_, dans un rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2010, a confirmé ses appréciations antérieures, estimant que, du point de vue orthopédique, l'assuré avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Par décision du 7 décembre 2010, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> mars au 31 juillet 2008. Par une autre décision du même jour, il lui a alloué un quart de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 2008 au 30 novembre 2009 puis à nouveau à partir du 1<sup>er</sup> février 2010. L'OAI a estimé que l'assuré avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le mois de mai 2008. Procédant à une approche théorique du revenu avec invalidité, l'OAI a appliqué un taux d'abattement de 20 % sur le salaire statistique pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré et des douleurs ressenties.

Le 16 mai 2011, la CNA a rendu une décision reconnaissant le droit à l'assuré à une rente d'invalidité de 29 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011. Elle a considéré qu'elle ne devait répondre que des séquelles organiques provoquées par l'accident et que les troubles psychogènes réduisant la capacité de travail n'étaient pas en rapport de causalité adéquate avec l'événement assuré. Pour la CNA, les séquelles dont elle avait à répondre permettaient l'exercice d'une activité légère dans différents secteurs de l'économie avec les limitations fonctionnelles suivantes : pas de manipulations de charge supérieure à 10 kg, pas de longue station debout ou de longs trajets et possibilité de travailler sur un sol plat. L'opposition formée par l'assuré contre cette décision a été rejetée par décision sur opposition du 5 juillet 2011.

**B.** Par acte du 11 janvier 2011, A.\_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de

l'OAI du 7 décembre 2010 lui octroyant un quart de rente d'invalidité, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité. Il a pour l'essentiel allégué que cette décision ne tenait pas compte des facteurs non orthopédiques, à savoir l'alcoolisme secondaire, la dépression, les problèmes de sommeil et de douleurs ainsi que la fatigue générale. Il a joint à son recours un rapport médical de la Dresse S.\_\_\_\_\_ du 19 octobre 2010, qui indiquait que le traitement médicamenteux ne permettait de calmer les douleurs que partiellement en raison de leur caractère mécanique et estimait que la capacité de travail de l'assuré était de l'ordre de 20 %.

Le recourant a produit en cours d'instruction un rapport médical de la Dresse S.\_\_\_\_\_ du 18 juillet 2013, attestant d'une consommation modérée d'alcool ainsi que d'une baisse d'intensité des douleurs grâce aux traitements médicamenteux. Elle relevait toutefois qu'à la marche, les talalgies ne répondaient pratiquement à aucune thérapie. Le traitement médicamenteux entraînait en outre des effets secondaires, principalement des étourdissements et des vertiges pouvant occasionner des troubles de la marche avec impression d'ébriété. Un rapport du 11 août 2013 du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, faisait état d'un syndrome douloureux ne laissant aucun répit à l'assuré. Le Dr E.\_\_\_\_\_ estimait que seule une expertise permettrait de déterminer sa capacité de travail résiduelle.

Par arrêt du 28 mars 2014, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours interjeté par l'assuré et confirmé la décision de l'OAI.

Par arrêt du même jour, la Cour de céans a partiellement admis le recours formé par l'assuré contre la décision sur opposition de la CNA du 5 juillet 2011, et réformé cette décision dans le sens que le taux de la rente d'invalidité allouée devait être fixé à 40 %.

**C.** A.\_\_\_\_\_ a interjeté un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral contre l'arrêt du 28 mars 2014 en matière

d'assurance-invalidité. Il a conclu principalement au renvoi du dossier à la juridiction cantonale pour expertise et subsidiairement à l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> avril 2008, sous déduction des indemnités journalières perçues.

L'intéressé et la CNA ont tous deux également interjeté un recours auprès du Tribunal fédéral à l'encontre de l'arrêt du 28 mars 2014 en matière d'assurance-accidents.

Par arrêt du 23 mars 2015 (TF 8C\_407/2014), la première Cour de droit social du Tribunal fédéral a admis le recours de l'assuré, considérant que les documents médicaux au dossier étaient contradictoires et n'étaient pas suffisamment étayés pour établir au degré de la vraisemblance prépondérante le taux d'incapacité de travail résultant de l'accident. Dès lors, il a renvoyé la cause à l'autorité de céans pour qu'elle ordonne une expertise, au besoin bidisciplinaire.

Par arrêt du même jour (TF 8C\_408/2014 et 8C\_429/2014), le Tribunal fédéral a également admis les recours interjetés par l'assuré et la CNA contre l'arrêt du 28 mars 2014 en matière d'assurance-accidents, pour les mêmes motifs.

**D.** Après interpellation des parties, une expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre le 4 juin 2015 auprès du O.\_\_\_\_\_, sous la conduite du Dr V.\_\_\_\_\_ s'agissant de l'aspect orthopédique, du Dr G.\_\_\_\_\_ pour l'aspect psychiatrique, du Dr W.\_\_\_\_\_ s'agissant du domaine rhumatologique et de Mme T.\_\_\_\_\_ s'agissant de l'aspect neuropsychologique.

Le collège d'experts a fait état de ses constatations dans un rapport du 15 février 2016 duquel il ressort :

« *Situation actuelle et conclusions* :

Sur le plan orthopédique, status après fracture des deux calcanéums en mars 2007, fracture comminutive ostéosynthésée à droite avec surinfection consécutive, traitement conservateur à gauche.

D'un côté comme de l'autre, douleurs résiduelles importantes limitant la marche. Les douleurs sont décrites comme insupportables.

A l'examen clinique, on note une atrophie musculaire majeure concernant non seulement les membres inférieurs, mais également aux membres supérieurs.

Il y a une démarche qui ne semble pas correspondre uniquement à une démarche antalgique, mais liée à des troubles de l'équilibre ou liée à la perte de trophicité musculaire (flexum dynamique des deux genoux).

Il y a des hyperesthésies à la palpation des calcanéums sur leur face plantaire et, à droite, dans la zone cicatricielle externe. Au jour de l'examen clinique, il n'y a aucun œdème des membres inférieurs.

Radiologiquement, hauteur du calcanéum à peu près récupérée par une ostéosynthèse à droite, mais avec arthrodèse sous-astragalienne, angle de Böhler effondré et fracture du calcanéum consolidée avec arthrose sous-astragalienne à gauche.

Dans le dossier, il est plusieurs fois fait état du manque d'efficacité des médicaments au vu de l'origine mécanique des douleurs, et dans d'autres documents, on évoque des douleurs de type neurogène.

Sur le plan mécanique orthopédique, on peut imaginer des douleurs à la marche prolongée ou en terrain irrégulier. Toutefois avec des chaussures orthopédiques de série et une adaptation de support, il nous semble qu'une activité professionnelle assise, avec des petits déplacements, pourrait être effectuée.

Un œdème des membres inférieurs, qui n'est pas retrouvé au jour de l'examen, mais décrit dans les différents documents, pourrait nécessiter une surélévation occasionnelle des deux pieds.

*En conclusion*, à la suite des fractures du calcanéum des deux côtés, Monsieur A. \_\_\_\_\_ est parfaitement capable d'avoir une activité professionnelle comme ci-dessus décrite à temps plein, avec une diminution de rendement de 20 %.

Sur le plan rhumatologique, en ce qui concerne le status après fracture des deux talons il n'y a rien de plus à ajouter à l'évaluation du chirurgien orthopédique.

En ce qui concerne l'éthylisme, le problème ne semble pas ou ne plus entraîner de problème significatif. Lors d'un rapport médical en 2013, le médecin traitant Dr S. \_\_\_\_\_ indiquait déjà que ce n'était pas un problème. L'expertisé rapporte une consommation régulière, mais non exagérée, ce qui est corroboré par le taux sanguin de CDT, on peut aussi relever des fonctions hépatiques dans les normes.

A l'examen clinique, il n'y a pas de stigmata d'éthylisme chronique. En particulier l'examen neurologique ne montre pas [de] déficit significatif aux membres inférieurs à même de conforter le diagnostic de polyneuropathie sensitivomotrice. Si une atteinte est encore présente, elle est modeste, raison pour laquelle nous n'avons pas jugé utile d'effectuer un examen avec ENMG. Ceci n'entraîne pas d'incapacité de travail, notamment dans une activité sédentaire.

On peut relever que Monsieur A. \_\_\_\_\_ a fait un stage où on estimait la capacité de travail à 50-60 % et un autre où on l'estimait à 80 %. Du point de vue somatique dans une activité sédentaire, on peut théoriquement envisager une capacité de travail de 80 %. Cette valeur n'est pas seulement théorique, puisque l'expertisé a pu la développer, et correspond à l'appréciation également de l'orthopédiste (temps plein avec une diminution de rendement de 20 %).

Sur le plan neuropsychologique, l'expertisé a subi un examen neuropsychologique à la C. \_\_\_\_\_ (31.01.2008, Dr H. \_\_\_\_\_, neuropsychologue). Il était relevé des *résultats plutôt de bonne qualité*, notamment en mémoire immédiate et attention divisée ; c'est toujours le cas, également en attention soutenue. Le patient présentait un trouble modérément déficitaire en mémoire verbale à long terme, et un discret fléchissement exécutif (inhibition), pouvant s'expliquer par la dépendance à l'alcool.

Comparativement, on observe une normalisation des résultats pour la mémoire verbale à long terme, et l'inhibition (« modérément déficitaire » en 2008, et dans la norme inférieure actuellement). Pour les fonctions exécutives, nous retrouvons les mêmes résultats dans les tâches d'incitation (fluence verbale insuffisante et dans la norme pour la modalité non verbale), et pour l'attention sélective et soutenue (rendement limite).

La capacité de travail dans les activités exercées antérieurement par l'expertisé est pleine. Il n'y a pas de limitations.

Sur le plan psychique, spontanément l'expertisé [...] ne mentionne aucune plainte, il se plaint de douleurs bilatérales aux deux talons qui rendent la marche et la station debout très pénible[s].

L'anamnèse ne retrouve pas d'antécédent psychiatrique.

L'anamnèse retrouve une consommation d'alcool représentant actuellement un risque dommageable faible pour la santé. Le taux de CDT à 2 % du 28.10.2015 valide cette donnée anamnestique. En l'absence d'antécédent psychiatrique, il s'agit d'un alcoolisme primaire.

L'anamnèse et l'examen clinique ne retrouvent pas d'organisation pathologique de la personnalité.

L'analyse des activités quotidiennes et sociales montre que l'expertisé est autonome et pourvu de ressources.

L'examen psychiatrique n'objective aucune pathologie.

Il n'y [a] pas d'indication à un traitement psychiatrique psychothérapeutique.

*En conclusion*, le tableau clinique que présente cet expertisé est compatible avec un diagnostic de dépendance à l'alcool, utilisation continue (F10.35). Il s'agit d'un alcoolisme primaire.

Ce diagnostic ne peut pas être retenu comme incapacitant, le rendement est complet. »

Les experts ont conclu que l'assuré bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité professionnelle assise comportant de très courts déplacements en terrain régulier avec des chaussures orthopédiques adaptées, sans prise de charges, avec une baisse de rendement de l'ordre de 20 % pour pouvoir, occasionnellement, surélever les jambes en fonction de l'apparition d'œdèmes, ce qui n'était pas le cas le jour de l'expertise, mais semblait être le cas dans différents documents médicaux. Cette capacité de travail existait depuis une année à dater de l'accident.

Concernant les douleurs, les experts ont relevé que le dossier comportait quelques contradictions puisqu'il parlait de non-réponses au traitement antalgique prescrit parce que les douleurs étaient mécaniques et qu'il parlait par ailleurs de douleurs neurogènes. Les douleurs mécaniques pures explicables parfaitement sur le plan orthopédique se manifestaient debout, à la marche et en charge sur terrain irrégulier, et n'avaient pas de raison de se manifester sous forme de douleurs nocturnes. Ils estimaient qu'il n'y avait pas de polyneuropathie ou d'autre pathologie permettant d'expliquer la démarche de l'assuré.

Le rapport d'expertise a été transmis aux parties pour détermination. Dans sa prise de position du 22 mars 2016, le recourant critique l'expertise en ce sens qu'elle ne tiendrait pas suffisamment compte de l'intensité des douleurs et de leur incidence sur sa capacité de travail et de gain. Il relève en particulier que malgré sa bonne volonté, les stages effectués n'ont jamais abouti, que les experts ont atténué la question des œdèmes, qu'ils n'ont pas pris en considération la problématique en rapport avec la fatigue due aux douleurs nocturnes,

qu'aucune conclusion n'a été tirée de la fonte musculaire et du stress psychique engendré par les douleurs, que l'expertise est contradictoire s'agissant de la démarche pseudo-ébrieuse, de même que dans sa rédaction. Il considère en outre que la conclusion des experts s'agissant de la capacité résiduelle de travail de 80 % est contraire au dossier. A l'appui de ses déterminations il produit un rapport du 17 mars 2016 du Dr E.\_\_\_\_\_, à qui il a soumis le rapport d'expertise. Ce médecin indique notamment que bien que les investigations menées dans le cadre de l'expertise soient complètes, il subsiste un problème d'interprétation et des incohérences au niveau de la discussion et des conclusions elles-mêmes. Il relève en particulier que l'expertise n'apporte pas de réponse à l'intensité des douleurs, à leur manifestation constante d'un point de vue clinique et à leur résistance au traitement.

L'OAI dépose des déterminations le 24 mars 2016, dans lesquelles il constate que les conclusions des experts rejoignent les constatations du spécialiste en questions professionnelles. Il persiste dès lors dans ses conclusions en rejet du recours et demande la confirmation de la décision attaquée.

Dans le cadre de ses déterminations du 31 mars 2016, la CNA produit un rapport médical du 31 mars 2016 de la Dresse I.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, qui considère que le rapport du O.\_\_\_\_\_ est dans son ensemble acceptable.

Le 4 avril 2016, le recourant produit encore à l'appui de ses précédentes déterminations un rapport de la Dresse S.\_\_\_\_\_ du 24 mars 2016 rédigé en ces termes :

«... Les douleurs sont permanentes depuis l'accident, décrites comme une sensation de grignotage dans les talons au repos, météo dépendantes (en rapport avec l'arthrose) expliquant la fluctuation de l'intensité des douleurs nocturnes. En position debout et à la marche en charge, les douleurs mécaniques sont décrites comme insupportables à un degré moyen de 8/10 soulagées partiellement à environ 20 % à 40 % par la prise de médicaments antalgiques majeurs. Sans cette prise de médication, les déplacements seraient encore plus difficiles. Les troubles de l'équilibre à la marche sont liés en partie aux effets secondaires des médicaments antalgiques opiacés connus pour occasionner des

vertiges, des étourdissements, de la sédation ainsi qu'à l'atrophie musculaire consécutive à la perte de mobilité.

Concernant les douleurs de type neuropathique, en 2008 le Docteur P. \_\_\_\_\_ en antalgie au X. \_\_\_\_\_ précise que le patient ne souffre pas de douleurs neurogènes et qu'un traitement de type neuromodulation n'est pas envisageable. L'expert atteste dans son rapport qu'il ne trouve pas de déficit aux membres inférieurs de type polyneuropathie et qu'il renonce de ce fait à effectuer un ENMG (page 26).

Les séquelles douloureuses des fractures dans cette expertise ne sont pas considérées dans leur caractère incapacitant alors qu'en atelier le rendement était déjà considéré comme diminué d'environ 50 %. Malgré l'introduction d'un traitement antalgique lourd mais nécessaire, la capacité de travail n'est pratiquement pas améliorée car le traitement antalgique est insuffisant pour permettre une position assise prolongée sans devoir se lever plusieurs fois de sa chaise et qu'il entraîne certains effets secondaires. [...] ».

Le 10 mai 2016, le recourant affirme que ses plaintes correspondent au status traumatique. Il en veut pour preuve l'appréciation du Dr E. \_\_\_\_\_. Il estime que la nécessité de pouvoir surélever ses jambes en cas d'œdème est incompatible avec une activité professionnelle.

L'OAI, dans son ultime prise de position du 11 mai 2016, confirme ses déterminations du 24 mars 2016.

A la demande de la juge en charge de l'instruction du dossier un complément d'expertise est mis en œuvre auprès du O. \_\_\_\_\_ qui rend un rapport le 20 février 2017. Outre les réponses aux questions posées par le Tribunal et les parties, les experts se prononcent de la façon suivante :

« Selon le rapport du Dr. E. \_\_\_\_\_, les douleurs doivent être mises au centre du problème comme facteur limitant le travail.

Sur la base de la douleur, qui reste une valeur subjective, le tableau clinique et son interprétation deviennent clairs selon le Dr. E. \_\_\_\_\_. En résumé donc, la simple assertion d'une douleur invalidante et sa reconnaissance par les différents médecins thérapeutes suffit à déclarer la capacité de travail de Mr. A. \_\_\_\_\_ comme nulle.

On rajoutera que dans un courrier à Maître NORDMANN, le Dr. S. \_\_\_\_\_, médecin traitant, estime que les douleurs à la marche en charge, les douleurs mécaniques, sont **décrites** comme

insupportables à un degré moyen de 8/10, soulagées seulement partiellement à environ 20 à 40 % par la prise de médicaments antalgiques majeurs.

On se base donc sur une **description**.

L'échelle de la douleur de 0 à 10 aide parfois les thérapeutes à établir une cotation de la douleur, toutefois pour l'utiliser moi-même dans ma pratique, elle reste pour le moins subjective, la perception de la douleur étant assez individuelle.

Concernant les douleurs mécaniques ou neurogènes, il n'y a pas de contradiction, simplement une appréciation par deux experts.

Sur le plan chirurgical orthopédique, j'estime que la boiterie présentée par Mr. A. \_\_\_\_\_ au jour de l'expertise et notamment le flexum dynamique des genoux n'est pas en rapport avec l'aspect mécanique de status après fracture des deux calcanéums.

Les douleurs mécaniques ne sont pas contestées ni contestables, mais encore une fois elles n'expliquent pas à elles seules la démarche.

Le co-expert interne et rhumatologue estime que la démarche n'est pas non plus en rapport avec une polyneuropathie ou une autre pathologie.

Il n'y a pas véritablement de contradiction entre les experts mais simplement une analyse de la démarche qui ne correspond ni à une décharge mécanique ni à une polyneuropathie.

Le Dr. P. \_\_\_\_\_ en antalgie au X. \_\_\_\_\_ précise que le patient ne souffre pas de douleur neurogène et qu'un traitement de type neuro-modulation n'est pas envisageable.

Enfin, si véritablement la médication antalgique entraîne, comme le dit le médecin traitant, des troubles de l'équilibre et des effets secondaires importants, est-il véritablement nécessaire de la poursuivre si l'on obtient une amélioration que de 20 à 40 % ?

Concernant les œdèmes des membres inférieurs, si l'expert ne peut pas nier qu'ils sont cités dans des pièces médicales, au jour de l'expertise, au moment de l'examen clinique à 11 h 20, l'expert ne constate aucun œdème, ceci après un certain temps passé pour se déplacer au O. \_\_\_\_\_ puis en position assise au cours de l'anamnèse, sans manifester le besoin urgent de se dégourdir ou de surélever les membres inférieurs.

Cette même constatation est faite par l'expert psychiatre qui relate qu'après une évaluation de 1 h 50, il est resté assis durant toute l'investigation.

Au final, il s'agit principalement d'établir un rapport entre douleur et incapacité de travail, en prenant en compte le fait que, comme le dit très justement le Dr. S. \_\_\_\_\_, les douleurs mécaniques sont décrites comme insupportables, à savoir que l'on passe encore une

fois par l'anamnèse et non pas une possibilité d'évaluation objective de cette douleur.

Dans son courrier, le Dr. E. \_\_\_\_\_ ne fait que se référer à des rapports médicaux qui, de nouveau, ne font état que de la douleur rapportée par l'expertisé. Par exemple, citant le Dr. L. \_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie et en phlébologie : « le patient **dit** devoir se reposer les jambes surélevées toutes les 2 heures ».

Il s'agit là de nouveau de la prise en compte d'une donnée anamnétique et non d'un status clinique.

C'est le cas de pratiquement toute la démonstration du Dr. E. \_\_\_\_\_.

Pour conclure, il s'agit, pour le chirurgien orthopédiste, non pas de nier l'anamnèse de douleurs qui sont probablement effectivement importantes, mais qui restent du domaine de l'anamnèse, alors qu'au status en fin de matinée, il n'y a aucun œdème, aucune discoloration des jambes et que la démarche de Mr. A. \_\_\_\_\_ avec flexum dynamique des genoux ne correspond pas de façon péremptoire à un status après fracture des 2 calcanéums.

En résumé, si la prise en compte de douleurs décrites comme insupportables et reconnues comme telles sur leur simple description par le médecin traitant, par le Dr. E. \_\_\_\_\_ et différents intervenants est un critère suffisant pour décider que la capacité de travail de Mr. A. \_\_\_\_\_ est définitivement nulle, je ne comprends tout simplement pas l'utilité d'une expertise médicale, de surcroît par un chirurgien orthopédiste.

Quant au théorème douleurs = incapacité de travail, on peut aussi penser qu'une activité professionnelle adaptée pourrait être une aide pour l'expertisé à se distraire de ses douleurs.

Mais on sort là totalement de l'analyse purement chirurgicale orthopédique.

Pour s'y recentrer, en fonction d'un status après fracture des 2 calcanéums qui limite fortement les déplacements, à faire avec le port de chaussures orthopédiques adaptées, un poste de travail assis avec la possibilité de petits déplacements et de surélever les membres inférieurs de temps en temps doit être possible à 100 % avec une perte de rendement de 20 % pour justement pouvoir, de temps en temps, se dégourdir ou surélever les jambes.

Pour le reste, si la **quantité** de douleurs est en soi invalidante ou provoque un stress menant à l'anorexie, enfin si les médicaments antalgiques ont des effets secondaires rendant une activité professionnelle impossible, il n'est pas de la compétence du chirurgien orthopédiste d'en juger mais plus du psychiatre, du pharmacologue, voire d'un centre spécialisé multi-disciplinaire de la douleur. »

Les experts ont exposé qu'il n'était pas possible de déterminer de manière absolue l'origine des douleurs et que leur intensité était

difficile à objectiver. La présence de douleurs mécaniques était indéniable, mais celles-ci n'expliquaient toutefois que partiellement la démarche de l'assuré, qui était également influencée par des troubles de l'équilibre et une perte de trophicité musculaire (flexum dynamique des genoux). Une composante neurogène des douleurs était considérée comme possible, mais les experts écartaient une polyneuropathie significative étant donné que l'assuré n'avait plus de consommation exagérée d'alcool et que l'examen clinique n'apportait pas d'élément majeur en faveur d'une telle atteinte. Ils avaient renoncé à organiser un ENMG en vue de confirmer une polyneuropathie débutante, car cet examen ne changerait pas les conclusions quant à la capacité de travail de l'assuré. L'arthrose post-traumatique des deux chevilles et pieds pouvait occasionner des douleurs, même nocturnes. Ils ont estimé que pour se rendre chez un employeur, un déplacement à pied de 300 à 500 m en terrain plat et régulier était possible et qu'on pouvait raisonnablement estimer qu'un déplacement de 20 à 30 minutes en transports publics était exigible. S'agissant des déplacements en voiture, le Dr V.\_\_\_\_\_ soulevait la question d'une éventuelle contre-indication à la conduite due aux médicaments antalgiques. Le bilan neuropsychologique avait en revanche écarté une influence de ceux-ci sur les capacités de concentration et de précision des gestes de l'assuré.

Les parties se sont déterminées sur ce complément. Dans ses écritures du 13 mars 2017, l'OAI relève que le complément d'expertise confirme les conclusions du rapport initial du 15 février 2016, à savoir une capacité de travail complète dans une activité adaptée avec une baisse de rendement chiffrée à 20 %, liée en grande partie aux limitations fonctionnelles. Il considère en conséquence que la décision attaquée doit être confirmée. Le recourant, pour sa part, allègue le 14 mars 2017 que le complément d'expertise, à l'encontre duquel il formule de nombreuses critiques, ne permet pas de répondre aux interrogations du Tribunal fédéral dans son arrêt du 23 mars 2015. Outre l'audition du Dr E.\_\_\_\_\_, il requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise auprès d'un centre multidisciplinaire de la douleur. Dans le cadre de ses déterminations, la CNA produit un avis de son médecin-conseil, la Dresse I.\_\_\_\_\_ du 7 avril

2017, qui estime que les experts ont répondu de manière convaincante et motivée aux questions posées et que le complément d'expertise n'apporte aucun élément médical nouveau.

Dans une ultime détermination du 10 mai 2017, le recourant conteste que le rapport de la Dresse I. \_\_\_\_\_ puisse avoir une autre valeur qu'une pièce de partie et requiert à nouveau la mise en œuvre d'une expertise par un centre de la douleur ainsi que l'audition du Dr E. \_\_\_\_\_ lors d'une audience de débats publics.

Par avis du 15 mai 2017, la juge instructrice rejette ces requêtes d'instruction complémentaire.

Par courrier du 2 novembre 2017, le recourant a versé en cause une lettre rédigée par le Dr E. \_\_\_\_\_ le 31 octobre 2017, dans laquelle il fait part de ses constatations sur la situation médicale du recourant.

Le 6 novembre 2017 s'est tenue au Tribunal cantonal une audience de débats publics commune aux causes opposant le recourant à la CNA (AA 29/15) et à l'OAI (AI 89/15), au cours de laquelle les différentes parties ont plaidé. Les requêtes d'audition de témoins déposées par le conseil du recourant ont été rejetées, la Cour estimant l'instruction close.

### **E n d r o i t :**

**1.** La présente cause procède du renvoi ordonné par le Tribunal fédéral à la juridiction de céans, par arrêt du 23 mars 2015.

**2.** A la suite de ce renvoi, il convient d'examiner, compte tenu de l'instruction médicale complémentaire effectuée, le droit du recourant à une rente d'invalidité, étant précisé que le recourant requiert l'octroi d'une rente entière.

**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 [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1] 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 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 (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si 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. a)** 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 quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a).

**b)** L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c). A cet égard, il importe 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 de 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, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_249/2016 du 1<sup>er</sup> mars 2017 consid. 4.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3 ; 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). En revanche, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de

manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa p. 352 et les références ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 5.2.1).

Enfin les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas et l'emportent sur des constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage. Ainsi les observations collectées pendant le stage ont-elles plutôt la fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement la mesure dans laquelle l'assuré est susceptible de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (notamment TF 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

**5.** A la suite de l'arrêt du Tribunal fédéral, une expertise pluridisciplinaire, de même qu'un complément ont été mis en œuvre auprès du O.\_\_\_\_\_. Les conclusions de cette expertise judiciaire, rendues par un collège de médecins spécialistes, résultent d'une analyse complète de la situation médicale, objective et subjective. L'expertise, qui tient compte de l'ensemble des documents médicaux, porte aussi bien sur les aspects somatiques que psychiques des troubles allégués et repose sur une anamnèse complète contenant notamment une description des plaintes de l'assuré, de même que de son quotidien. Les experts se sont en outre prononcés sur les limitations fonctionnelles, leur raisonnement est compréhensible et leurs conclusions sont claires. On relèvera au demeurant que le Dr E.\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant, malgré ses critiques relatives à l'interprétation faite par les experts du résultat de cette expertise, a reconnu que les investigations médicales à la base de cette dernière avaient été effectuées de manière complète (cf. son rapport médical du 17 mars 2016).

Dans ses déterminations des 22 mars 2016 et 14 mars 2017, le recourant soulève de nombreuses critiques à l'encontre de l'expertise, invoquant notamment qu'elle ne tiendrait pas suffisamment compte de l'intensité des douleurs et de leur incidence sur sa capacité de travail et de gain. Les critiques qu'il avance ne permettent cependant pas de remettre en cause la valeur probante de cette expertise. Il faut en effet constater que les experts se sont déterminés en prenant en considération l'existence des douleurs et en admettant que l'assuré puisse présenter des œdèmes. Ils avaient connaissance des réveils nocturnes de l'assuré et de la fonte musculaire qu'il présentait. En outre, comme ils l'expliquent de manière détaillée dans leur complément d'expertise, il n'y a pas de contradiction dans le fait qu'ils admettent des douleurs mécaniques et évoquent la possibilité de douleurs neurogènes. Par ailleurs, les experts ont réalisé l'expertise en connaissance des rapports médicaux détaillés établis par la Dresse S. \_\_\_\_\_ et le Dr E. \_\_\_\_\_, de sorte qu'il n'y a pas lieu de leur reprocher de ne pas avoir pris contact avec ces médecins. Contrairement à ce que le recourant soutient, d'une part, les experts se sont prononcés sur les effets secondaires des médicaments antidouleurs, se référant à l'examen neuropsychologique qui n'avait rien révélé, et d'autre part, lors de l'examen psychiatrique, l'expert psychiatre a examiné si les douleurs avaient une cause psychologique, ce qu'il a écarté. Finalement, on voit mal comment on pourrait reprocher aux experts de ne pas s'être prononcés sur l'hypothèse d'un syndrome régional complexe alors que ce diagnostic est uniquement avancé par le conseil du recourant et n'a jamais été soulevé par l'un des nombreux médecins qui l'ont examiné.

**a)** Sur le plan orthopédique, le recourant souffre d'une déformation des deux arrières-pieds et de douleurs, consécutives à une fracture bilatérale des deux calcanea. Les experts ont admis que de telles fractures étaient invalidantes à la marche et provoquaient des douleurs dont la composante était essentiellement mécanique, une origine neurogène de ces dernières étant considérée comme seulement possible (cf. complément d'expertise p. 5). Cette estimation va en outre dans le

sens de celle exprimée par le Dr P.\_\_\_\_\_ du service d'antalgie du X.\_\_\_\_\_ (cf. son rapport du 2 octobre 2008). A l'instar de ce qu'ont relevé plusieurs médecins (le Dr P.\_\_\_\_\_, le Dr L.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 20 août 2010 et la Dresse S.\_\_\_\_\_ dans ses rapports des 19 octobre 2010 et 18 juillet 2013), l'aspect mécanique de ces douleurs explique leur caractère chronique et leur résistance au traitement puisqu'elles sont principalement provoquées par la marche ou toute autre sollicitation. D'autre part, les experts ont également admis, sans que cela ne puisse être qualifié de contradictoire, que l'arthrose sous astragalienne post traumatique pouvait expliquer le caractère nocturne de ces dernières. A l'anamnèse orientée, ils ont noté que le recourant se réveillait plusieurs fois par nuit, sans que cela ne lui occasionne de difficultés particulières pour se rendormir ou se lever en forme vers 8h du matin. Au demeurant, les tests neuropsychologiques poussés effectués durant près de 3h30 ont permis de démontrer que le recourant ne souffrait d'aucun déficit d'attention ou de concentration (cf. rapport d'expertise p. 23), confirmant en tous points le rapport de la Dresse H.\_\_\_\_\_ du 31 janvier 2008. Ainsi, aucun élément objectif ne permet de suivre le recourant lorsqu'il allègue que le manque de sommeil et la fatigue constitueraient un obstacle à toute activité de substitution (cf. déterminations du 22 mars 2016). Le recourant allègue encore que l'expertise ne tiendrait pas suffisamment compte des œdèmes, comme facteur douloureux incapacitant. Cependant, bien qu'aucun des experts n'ait effectivement constaté de tels symptômes lors de l'examen, ils n'en ont pas moins nié l'existence. Ils ont considéré comme peu probable que ces derniers puissent constituer une composante majeure des douleurs du recourant (cf. complément d'expertise p. 9) tout en admettant une diminution du rendement de 20 % pour permettre à l'assuré d'effectuer des pauses antalgiques.

D'un point de vue psychiatrique, les experts n'ont noté aucune pathologie, à l'instar de ce qu'avait déjà constaté la Dresse [...], psychiatre auprès de la C.\_\_\_\_\_ (cf. consilium du 8 janvier 2008). Ils ont en revanche confirmé le diagnostic de dépendance à l'alcool, utilisation continue (F10.35) et considéré que la consommation d'alcool était ancienne, le recourant ayant déclaré boire quotidiennement depuis l'âge

de 18 ans (rapport d'expertise p. 12 *in fine*). Ils ont en conséquence expliqué que le recourant souffrait d'alcoolisme primaire et qu'une variation de consommation était usuelle dans de telles circonstances, compte tenu de cette habitude de longue date, de sorte que la surconsommation constatée notamment en 2008 ne pouvait être attribuée à l'accident lui-même. Au demeurant, la motivation antalgique exclusive de la surconsommation d'alcool par le recourant ne résiste pas à l'examen du dossier, dans lequel les médecins ont dans leur grande majorité fait état de l'alcoolisme chronique du recourant. D'autre part, le fait qu'un traitement de sevrage et de prévention de délirium ait été mis en place par les médecins de la C. \_\_\_\_\_, traitement confirmé par le Dr P. \_\_\_\_\_ (rapport médical du 3 juin 2009) met à mal les explications du Dr E. \_\_\_\_\_, selon lesquelles la surconsommation de son patient, s'était amendée en fonction de sa seule prise de conscience du danger que représenterait cette dernière et de la mise en place d'un traitement antidouleur de type opiacé, sans signe de sevrage (cf. rapport médical du 17 mars 2016 p. 3). Dès lors, l'allégation de surconsommation d'alcool par le recourant pour des raisons uniquement antalgiques ne peut être admise, à plus forte raison encore que ce dernier a toujours nié une quelconque dépendance à l'alcool, ce qui est contredit par les constats cliniques objectifs (hypomyotrophie des quatre membres, coussin adipeux des talons atrophié) et les analyses sanguines effectuées.

Les experts se sont également prononcés sur les conséquences de la prise d'antalgiques sur les facultés neuropsychologiques du recourant en constatant une fois encore que ce dernier, qui ne mentionnait en outre pas de difficulté de concentration ni de troubles de mémoire, était resté vigilant durant tout l'entretien. Au demeurant, ils ont pu constater qu'après 3 heures d'examen, le test d'attention soutenue qui avait été réalisé en fin d'après-midi montrait des résultats dans la norme supérieure, confirmant que ni la prise d'antalgiques ni les douleurs ni même les réveils nocturnes ne semblaient perturber les fonctions attentionnelles et cognitives du recourant.

S'agissant de la fonte musculaire, une atrophie musculaire majeure tant aux membres inférieurs que supérieurs a été objectivée par les experts, vraisemblablement consécutive à la dépendance à l'alcool (cf. rapport médical du Dr F. \_\_\_\_\_ du 9 décembre 2008) et à un manque d'activité physique. Les experts ont au demeurant considéré qu'un reconditionnement physique serait judicieux tout en admettant que les activités restaient limitées au vu des séquelles des fractures. Si l'on peut admettre que les douleurs peuvent être un des facteurs restreignant l'activité physique du recourant s'agissant de la marche, on peine à suivre le Dr E. \_\_\_\_\_ lorsqu'il explique qu'elles constituent un facteur de stress, s'accompagnant de troubles anorexiques qui peuvent expliquer cette perte musculaire. En effet, aucun document au dossier ne permet d'admettre cette interprétation de la part d'un médecin traitant qui n'est en outre pas psychiatre. A l'occasion du volet psychiatrique réalisé lors de l'expertise, il n'a été relevé aucun symptôme de stress post traumatique et l'examen n'a objectivé aucune pathologie psychiatrique de sorte que l'on ne saurait suivre cette interprétation. Enfin, on relèvera que cette atrophie musculaire constitue au moins l'un des facteurs expliquant la démarche de type ébrieuse relevée par les experts. Dès lors, si comme le soutient la Dresse S. \_\_\_\_\_, les effets secondaires des médicaments peuvent également occasionner des troubles à la marche, ce que l'expert rhumatologue a estimé théoriquement possible, rien ne permet en revanche d'admettre qu'ils limitent la capacité de travail du recourant et font obstacle à toute activité, à plus forte raison si cette dernière respecte les limitations fonctionnelles en s'exerçant de manière essentiellement assise.

**b)** Si les experts, à l'instar de l'ensemble des médecins consultés, reconnaissent au recourant une incapacité de travail totale dans son ancienne activité, ce que les parties n'ont au demeurant jamais remis en cause, ils ont en revanche estimé qu'il disposait d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée, sous réserve d'une diminution de rendement de 20 %, lui permettant de soulager ses membres inférieurs. Cette appréciation est remise en question par le recourant et ses médecins traitants, en particulier le Dr E. \_\_\_\_\_ qui considère que la

capacité de travail est plus proche de 20 % que de 50 % et que les experts auraient minimisé l'intensité des douleurs du recourant. Il y a tout d'abord lieu de rappeler que dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 ; voir également TFA I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b). Cela étant, comme examiné précédemment, les points litigieux ont fait l'objet d'un examen particulier et de conclusions motivées, de sorte que l'expertise dans son ensemble dispose de la crédibilité nécessaire pour lui reconnaître pleine valeur probante. En outre, l'interprétation des résultats de l'expertise par le Dr E. \_\_\_\_\_ ne constitue *in fine* qu'une appréciation différente d'un même état de fait. L'appréciation des experts d'une capacité de travail entière, sous réserve d'une diminution du rendement de 20 % correspond en outre aux constatations faites durant le stage aux Y. \_\_\_\_\_ de [...], lors duquel il avait été constaté que le recourant disposait d'une capacité de travail de 100 % avec un rendement de 80 % dans une activité adaptée. Cette estimation a par ailleurs été confirmée même lorsque le recourant a effectué la partie de son stage en externat. Certes, lors du premier stage effectué à l'ORIPH d' [...] durant un mois, du 10 novembre au 5 décembre 2008, le Dr F. \_\_\_\_\_ avait relevé que le recourant manquait d'endurance et de résistance et qu'il était en mesure de travailler à 50 %. Cependant, de même que lors du deuxième stage, il a été constaté que d'autres facteurs, notamment la consommation d'alcool et de tabac, contribuaient à la détérioration de l'état de santé général du recourant. Or, cette consommation ancienne n'est ni la cause ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, de sorte que l'alcoolodépendance de l'intéressé constitue une affection primaire - contrairement à ce qu'allègue le recourant - non constitutive d'invalidité au sens de la jurisprudence, qui ne saurait en conséquence être prise en considération pour évaluer le taux d'invalidité dans le cadre de cette assurance.

Compte tenu de ce qui précède, la Cour s'en tiendra à l'appréciation ressortant de l'expertise judiciaire, à savoir une capacité de travail entière sous réserve d'une diminution de rendement de 20 % permettant des pauses antalgiques de 2x 45 minutes ou 3x ½ heure dans la journée, ou encore 10 minutes chaque heure, que le recourant peut effectuer à sa convenance, en fonction de ce qui le soulage le plus favorablement. Conformément à l'expertise, cette capacité de travail est admise telle quelle à compter d'une année après l'accident.

**6. 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).

La notion de marché du travail équilibré est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA. Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail - ce qui revient à l'assurance-chômage -, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C\_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1 et 9C\_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente, respectivement de la modification possible du droit à la rente, soit in casu en août 2008 (ATF 129 V 222 ; TF 9C\_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé ; le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte si nécessaire de l'évolution des prix et de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 8C\_449/2015 du 6 avril 2016 consid. 3 et 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1.2.1).

**b)** En l'espèce, l'OAI a retenu un revenu sans invalidité de 80'711 fr. 90 pour l'année 2008. Conforme à ce qui ressort des documents du dossier (questionnaire de l'employeur ; extrait de compte individuel), il n'y a pas lieu de s'en écarter. Ce montant diffère de celui retenu par la CNA en raison de l'année d'indexation, comme l'a relevé le Tribunal fédéral dans l'arrêt de renvoi suite aux critiques du recourant.

S'agissant en revanche du revenu d'invalidé, dans la mesure où le recourant n'a pas repris d'activité lucrative depuis son accident, sous réserve d'une activité occupationnelle à mi-temps auprès de son ancien employeur de 2008 à 2009, l'OAI s'est fondé à juste titre sur les données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2008 (ESS), établies sur la base d'une semaine de travail de 40 heures. Après adaptation à une durée hebdomadaire de travail de 41.6 heures en 2008, le salaire annuel pour une activité simple et répétitive s'élève à 59'978 fr. 88 (4'806 fr. x 12 x 41.6 : 40). Compte tenu de la diminution de

rendement de 20 % reconnue au recourant, son revenu avec invalidité se monte en définitive à 47'983 fr. 10.

**c)** Lorsque le revenu d'invalidé est fixé sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (cf. ATF 126 V 175 ; cf. Ueli Kieser, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht (ATSG), in : Meyer (édit.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), Soziale Sicherheit, 3<sup>e</sup> édition, Bâle 2016, ch. 47 p. 292). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; cf. TF 8C\_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 6.2.2 et 8C\_705/2011 du 21 octobre 2011 consid. 3).

Dans le cas particulier, il n'y a plus lieu de permettre l'abattement de 20 % initialement retenu par l'OAI, dans la mesure où les difficultés en lien avec les questions de limitations fonctionnelles et le handicap ont été prises en considération dans la diminution du rendement de 20 % admise dans une activité simple et répétitive qui tient déjà compte d'un vaste panel d'activités légères à moyenne (cf. TF 8C\_521/2016 du 19 mai 2017 consid. 5.2 et références citées). Durant les stages d'observation le recourant a de surcroît fait preuve d'engagement, atteignant dans le cadre du second stage des rendements proches de la norme, il a démontré des qualités d'adaptation qui permettent d'admettre

ses capacités à produire un travail très satisfaisant dans le milieu économique habituel.

Le calcul se présente en conséquence de la manière suivante :  
80'711 fr. - 47'983 fr. = 32'728 fr. de perte de gain, soit un taux d'invalidité de 40.55 %, qu'il y a lieu d'arrondir à 41 % (cf. ATF 130 V 121).

**d)** Lorsque la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). En conséquence, l'OAI était en droit de mettre fin au 31 juillet 2008 à la rente entière d'assurance-invalidité octroyée au recourant et de lui accorder un quart de rente d'invalidité dès le mois d'août 2008, étant donné qu'il avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avec diminution de rendement depuis déjà trois mois.

**7. a)** 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 une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise dans le domaine relatif à l'antalgie ni d'entendre des témoins. En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (sur l'appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1; 134 I 140 consid. 5.2).

**b)** Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision de l'OAI confirmée.

**8. a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure en matière de contestations portant sur l'octroi et le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, leur montant étant fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et devant se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

En l'occurrence, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont laissés à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD), le recourant ayant obtenu l'assistance judiciaire gratuite, en la forme de l'exonération d'avances et de frais judiciaires notamment.

**b)** Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

**c)** Le recourant a par ailleurs été mis au bénéfice de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Philippe Nordmann, pour la procédure de recours, si bien qu'il y a lieu de fixer la rémunération équitable de ce dernier (art. 122 CPC).

Dans son arrêt du 28 mars 2014, la Cour de céans avait fixé cette indemnité à 2'230 fr. 20 pour le temps consacré à ce dossier pour la période du 11 janvier 2011 au 13 mars 2014, à savoir 10 heures 55 au tarif horaire de 180 fr. et un montant forfaitaire de 100 fr. à titre de débours, plus la TVA à 8 %.

En date du 7 novembre 2017, Me Nordmann a transmis une nouvelle liste d'opérations, commune à la présente cause (AI 89/15) et à celle en rapport avec l'assurance-accidents (AA 29/15). Elle fait état d'un total de 49 heures 40 d'activité et des débours à hauteur de 150 francs. Dans cette liste figurent notamment des opérations effectuées entre le 11 avril 2014 et le 28 janvier 2015, soit après les arrêts de la Cour de céans du 28 mars 2014 et avant que les causes ne soient renvoyées au Tribunal cantonal par arrêts du Tribunal fédéral du 23 mars 2015. Or, l'assistance

judiciaire accordée par la juge en charge de l'instruction ne vaut que pour la procédure de recours devant la Cour de céans. Dès lors, les opérations effectuées dans le cadre des procédures de recours fédérales, pour un total de 11 heures, n'ont pas à être prises en compte dans le calcul de l'indemnité d'avocat d'office. Des demandes d'assistance judiciaire ont d'ailleurs été déposées devant le Tribunal fédéral, qui les a jugées sans objet compte tenu de l'octroi des dépens.

En outre, parmi les opérations effectuées à la suite des arrêts du Tribunal fédéral, se trouvent de très nombreux contacts avec le Dr E.\_\_\_\_\_. Il faut cependant constater que seul un rapport médical établi par ce médecin en date du 16 mars 2016 a été produit, en plus de la lettre qu'il a adressée à Me Nordmann le 31 octobre 2017 suite au refus de son audition en tant que témoin. Les nombreuses opérations listées concernant le Dr E.\_\_\_\_\_, et également les trois conférences entre le recourant et Me Nordmann d'une durée totale de 4 heures auxquelles il a assisté, font apparaître que celui-ci est davantage intervenu comme conseil du recourant et non uniquement comme médecin traitant, ce qui pourrait par ailleurs mettre à mal l'objectivité de ses rapports médicaux. Or le mandat de conseil dans le cadre de l'assistance judiciaire a été confié à Me Nordmann. Il y a par conséquent lieu de ne pas indemniser les nombreux échanges entre Me Nordmann et le Dr E.\_\_\_\_\_ à l'exception des lettres des 10, 17 et 22 mars 2016, qui concernaient selon toute vraisemblance le rapport médical établi le 16 mars 2016, ainsi que les lettres du 2 novembre 2017 en relation avec la production, le même jour, de la prise de position du Dr E.\_\_\_\_\_ du 31 octobre 2017. On peut à cet égard relever que pour la production du rapport médical de la Dresse S.\_\_\_\_\_ établi le 24 mars 2016, il a suffi d'une lettre qui lui a été adressée par Me Nordmann le 10 mars et une autre le 30 mars 2016. S'agissant des conférences tenues par Me Nordmann avec le recourant et le Dr E.\_\_\_\_\_, si l'on peut admettre celle du 7 mai 2015 intervenue dans le cadre de l'élaboration des questions aux experts, il faut en revanche écarter la conférence d'une heure du 6 octobre 2015 qui s'est tenue en dehors de l'attente d'une détermination de la part du recourant. La courte lettre adressée au Tribunal par Me Nordmann le même jour, demandant à

ce que les experts prennent contact avec les médecins traitants, ne saurait non plus justifier une séance d'une heure avec le recourant et le Dr E. \_\_\_\_\_ pour l'exécution du mandat d'office. De même, la conférence du 9 mars 2016 est certes intervenue avant le dépôt des déterminations sur le rapport d'expertise, mais une durée de 2 heures est excessive et doit être ramenée à 45 minutes, étant précisé que les 50 minutes consacrées le 22 mars 2016 à la rédaction des déterminations sont admises.

Enfin, il n'y a pas lieu de tenir compte des contacts que le conseil du recourant a eus pour un total de 2h20 avec la Fédération [...] et la Fondation de libre passage [...], étant donné que ces opérations ne concernent pas l'objet du présent litige.

Au vu de ce qui précède, il se justifie de réduire à 18 heures 15 le temps nécessaire à l'accomplissement du mandat confié dans le cadre des procédures devant la Cour de céans pour les causes AI 89/15 et AA 29/15 suite aux arrêts du Tribunal fédéral du 23 mars 2015, soit 9 heures 10 pour chaque procédure.

Compte tenu du 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]) et de la TVA au taux de 8 %, cela représente un montant total de 1'782 fr. pour l'ensemble de l'activité déployée dans le cadre de la présente procédure, auquel s'ajoute 81 fr. de débours (soit la moitié des 150 fr. communs aux deux procédures, plus la TVA à 8 %).

En définitive, l'indemnité d'avocat d'office se monte à 4'093 fr. 20 (soit 2'230 fr. 20 + 1'782 fr. + 81 francs).

**d)** La rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires 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).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 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 du recourant, est arrêtée à 4'093 fr. 20 (quatre mille nonante-trois francs et vingt centimes).
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Philippe Nordmann (pour le recourant),
- 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 :