

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 5 octobre 2017

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mme Di Ferro Demierre et Mme Brélaz Braillard, juges  
Greffière : Mme Laurency

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me François Pidoux, avocat à Lausanne,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD**, à [...], intimé.

---

**Art. 6 et 61 let. c LPGA ; art. 28 al. 1 let. b et c LAI ; art. 122 al. 1 let. a et 123 CPC ; art. 2 al. 1 RAJ**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** G. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1963, travaillait en qualité de maçon pour le compte de la société N. \_\_\_\_\_ SA à [...].

**b)** Le 11 mars 2010, il a été victime d'un accident de chantier (chute d'une échelle d'une hauteur d'environ deux mètres), au cours duquel il a subi principalement une fracture du radius distal droit non déplacée. Les suites de cet accident ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la SUVA).

Souffrant depuis son accident de lombalgies non déficitaires dans un contexte dégénératif L4-L5 et L5-S1, G. \_\_\_\_\_ a séjourné du 2 au 30 mars 2011 à la Clinique F. \_\_\_\_\_ (ci-après : la Clinique F. \_\_\_\_\_) de [...]. Dans leur rapport du 10 mai 2011, les docteurs L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ainsi qu'en rhumatologie, et Q. \_\_\_\_\_, médecin assistante, ont notamment mis en évidence ce qui suit :

[...]

Du point de vue psychiatrique, il n'y a pas de trouble psychiatrique retenu. Par contre, il est relevé la présence de multiples facteurs psychologiques augmentant le risque de chronicisation et contribuant au renforcement de la symptomatologie douloureuse éprouvée. La prise en charge pluridisciplinaire n'a pas eu d'impact. L'introduction de Tryptizol 10 mg au coucher a amélioré un peu la qualité du sommeil. Concernant la symptomatologie douloureuse, il n'y a pas eu de changement. L'antalgie se compose de Dafalgan 3 g/jour, Tramal 50 mg 1 cp le soir et une réserve de 50 mg de Tramal. Le patient n'a pas utilisé les réserves antalgiques.

Avec la rééducation (Cf. rapport de physiothérapie), une progression objective au terme du séjour, tant en force qu'en extensibilité musculaire et en mobilité active a été observée. Le test de port de charges sol-taille et à 17,5 kg avec arrêt par auto-limitation. Compte tenu de cette ébauche de progression fonctionnelle, il a été recommandé la poursuite ambulatoire de la physiothérapie. Le patient a été instruit à un programme d'exercices à domicile.

Il est à souligner le fait que la progression fonctionnelle objective contraste avec un handicap fonctionnel subjectif inchangé à la sortie et que ceci annonce une réintégration professionnelle difficile.

Sur le plan socio-professionnel, il s'agit d'un maçon-coffreur de 47 ans. Une reprise du travail n'a pas été possible depuis le 11.03.2010. Actuellement, il n'a plus d'emploi, l'entreprise a fait faillite. Une demande AI a été déposée le 24.06.2010.

La situation n'est actuellement pas totalement stabilisée sur le plan médical, car le patient peut encore progresser du point de vue fonctionnel. Les indicateurs subjectifs laissent cependant présager une réintégration professionnelle difficile. M. G. \_\_\_\_\_ souhaite changer d'activité. Selon les données médicales une reprise de travail dans une activité professionnelle avec des ports de charges jusqu'à 17 kg est dès maintenant envisageable dans un premier temps à 50 %. L'incapacité de travail totale comme maçon est prolongée et devra être réévaluée dans un mois.

Dans le rapport qu'il a établi le 20 octobre 2011 à la suite d'un examen médical final, le docteur X. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a relevé les éléments suivants :

Du point de vue **médical**, le tableau clinique du patient nous semble dominé par des aspects non organiques. Si l'on se réfère au rapport de sortie de la Clinique F. \_\_\_\_\_, l'examen psychiatrique n'a montré aucune anomalie. Hormis l'épaule D, les douleurs décrites par le patient ont fait l'objet d'une investigation dans le contexte de son séjour en réhabilitation. Un EMG [électromyogramme] n'a pas permis de mettre en évidence de lésion neurologique au niveau du nerf sciatique, permettant d'expliquer la symptomatologie décrite par le patient à son MID [membre inférieur droit]. L'examen clinique à ce niveau est d'ailleurs parfaitement muet. En ce qui concerne le genou D, une IRM a permis de mettre en évidence une lésion méniscale dans un contexte dégénératif qui, à notre sens, n'est pas en relation avec l'événement nous concernant. Cette conclusion est la même concernant les douleurs à l'épaule D.

Du point de vue asséculologique, sur la base des éléments médicaux et des investigations effectuées à la Clinique F. \_\_\_\_\_, nous estimons que l'événement nous concernant a cessé de déployer ses effets, raison pour laquelle nous établissons immédiatement un *statu quo sine* concernant la pathologie lombaire. En ce qui concerne le poignet D, force est de constater que la récupération est complète et qu'en l'absence de trouble fonctionnel, une pleine capacité dans la profession exercée doit être reconnue ainsi que l'absence d'un droit à une IPAI.

Finalement, les pathologies de l'épaule D et du genou D ne sont pas du ressort de l'assureur-accidents.

Par décision du 17 novembre 2011, la CNA a mis un terme au versement des prestations d'assurance (indemnité journalière et frais de traitement) avec effet au 31 décembre 2011.

**c)** Le 25 juin 2010, G.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli des renseignements médicaux auprès du docteur K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant (rapports des 19 août 2010 et 31 janvier 2012), et fait verser le dossier constitué par la CNA.

Sur la base des renseignements obtenus, la réalisation d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a été confiée au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR). Dans leur rapport du 27 avril 2012, les docteurs P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et I.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de dorsolombalgies chroniques sur troubles dégénératifs et de gonarthrose droite du compartiment interne débutant, et celui - sans répercussion sur la capacité de travail - de syndrome douloureux somatoforme persistant (sans comorbidité psychiatrique). Aux termes de leurs observations, ils ont fourni l'appréciation suivante :

Il s'agit d'un jeune assuré âgé de 47 ans, maçon de profession, en incapacité de travail depuis le 11.03.2010 à la suite d'une chute d'une hauteur d'environ 2 m avec réception sur la fesse et l'hémidos D. A la suite de ce traumatisme, l'assuré développe une symptomatologie douloureuse centrée dans un premier temps au niveau de la jonction dorsolombaire et lombosacrée D, puis progressivement touchant l'ensemble de l'hémicorps D. Concomitamment, l'assuré présente une fracture intra-articulaire non déplacée du radius D, qui a été traitée par deux semaines de plâtre. (A signaler l'absence de plainte spécifique par rapport au traumatisme du poignet lors de l'examen au SMR).

Sur le plan assécurologique, la SUVA met fin à leurs prestations à la fin 2011, ayant considéré qu'un statu quo ante est réalisé.

Dans ce contexte douloureux chronique, une demande de prestations AI est déposée le 25.06.2010. Selon le médecin traitant de l'assuré, le Dr K.\_\_\_\_\_, l'assuré présente une incapacité de

travail totale dans son activité habituelle (cette évaluation se base sur des limitations fonctionnelles fixées par l'assuré lui-même). Une activité est articulée à un taux de 50 % avec un pronostic décrit comme peu favorable au vue d'une longue période d'incapacité de travail de deux ans actuellement, dans un contexte de situation difficile et complexe sur le plan social et familial.

Anamnestiquement, l'assuré déclare une symptomatologie douloureuse d'intensité de 7/10 sous traitement antalgique, de façon continue, touchant l'ensemble de l'hémicorps D, exacerbée aussi bien par les positions statiques que par toute forme d'activité physique.

A l'examen clinique au SMR, nous sommes en présence d'un assuré à la carrure plutôt athlétique, en bon état général, ne présentant pas de déconditionnement musculaire manifeste. L'examen sur le plan ostéoarticulaire ne met pas en évidence de limitations dans les amplitudes articulaires, hormis celles imposées par une attitude oppositionnelle dans un contexte de contractures musculaires généralisées. L'examen neurologique ne met pas en évidence de déficit moteur ou sensitif ou d'argument en faveur d'une radiculopathie de type irritatif. Le reste de l'examen met en évidence 5/5 signes selon Waddell et 2/2 selon Kummel en faveur d'un processus à caractère de non-organicité (signes comportementaux) auxquels se surajoutent 7/18 points selon Smythe en faveur d'une fibromyalgie, tous au niveau de l'hémicorps D. Un diagnostic formel de fibromyalgie, dans ce contexte, ne peut être retenu.

La documentation radiologique mise à disposition met en évidence des troubles dégénératifs du rachis lombaire sous la forme de protrusions discales étagées avec présence de hernie discale a minima avec composante intra-foraminale, sans mise en évidence de compression radiculaire sur les images myélographiques mises à disposition. Mise en évidence aussi d'une gonarthrose du compartiment interne du genou D débutant avec une méniscopathie dégénérative.

En conclusion, cet assuré âgé de 47 ans présente actuellement une symptomatologie douloureuse chronique centrée sur l'hémicorps D secondaire à un traumatisme survenu dans le contexte de son travail, le 11.03.2010. Dans un premier temps, une prise en charge par la SUVA est réalisée jusqu'à fin 2011, date à partir de laquelle un statu quo ante est atteint avec fin de prise en charge par la SUVA. L'examen clinique au SMR ne met pas en évidence de pathologie ostéoarticulaire inflammatoire au décours ou de limitations dans les amplitudes articulaires, hormis celles mises en œuvre par une attitude oppositionnelle et antalgique. L'ensemble de l'examen met en évidence essentiellement des signes comportementaux de non-organicité selon Waddell et Kummel.

L'ensemble de la symptomatologie revendiquée par l'assuré, l'évolution dans le temps et l'absence d'évolution favorable malgré les traitements instaurés à ce jour ne peuvent s'expliquer uniquement par les troubles structurels objectivés par les différents examens radiologiques mis à disposition et les différentes consultations spécialisées réalisées à ce jour.

Les atteintes structurelles sur le plan ostéoarticulaire présentées par cet assuré induisent des limitations fonctionnelles dans des activités à fortes charges physiques. L'activité habituelle de l'assuré étant une activité à fortes charges physiques, une incapacité de travail de 50 % est retenue vu l'impossibilité d'adapter son activité habituelle aux limitations fonctionnelles de façon stricte.

Une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est possible sur le plan médico-théorique à un taux de 100 % sans diminution de rendement. Une telle activité peut être raisonnablement entreprise, au plus tard à la sortie de l'hospitalisation réalisée à la Clinique F. \_\_\_\_\_ au 30.03.2011.

*Sur le plan psychiatrique*, notre assuré a travaillé comme maçon employé par l'entreprise N. \_\_\_\_\_ SA depuis le 02.03.2009 jusqu'au 11.03.2010, date de son accident de travail. Depuis lors, l'assuré présente des douleurs chroniques qui ont nécessité une hospitalisation à la Clinique F. \_\_\_\_\_ du 02.03.2011 au 30.03.2011.

Dans le rapport médical du 10.05.2011, le Dr L. \_\_\_\_\_, directeur médical, et le Dr Q. \_\_\_\_\_, médecin-assistante, attestent « du point de vue psychiatrique, il n'y a pas de trouble psychiatrique retenu. Par contre, il est relevé la présence de multiples facteurs psychologiques augmentant le risque de chronicisation et contribuant au renforcement de la symptomatologie douloureuse est prouvé. La prise en charge pluridisciplinaire n'a pas eu d'impact ».

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation sévère de l'environnement psychosocial, d'état de stress post-traumatique, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes.

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique, qui est caractérisé par la présence d'une douleur intense et persistante, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par un clinicien comme la cause essentielle du trouble. Ce diagnostic n'est pas accompagné d'une comorbidité psychiatrique manifeste, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie. Par conséquent, selon la jurisprudence actuelle, les critères de sévérité ne sont pas réunis.

En conclusion, sur le plan purement psychiatrique, notre assuré ne souffre d'aucune pathologie chronique incapacitante et la capacité de travail exigible est de 100 % dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques.

Par la suite, l'assuré s'est vu allouer une mesure d'observation professionnelle auprès du Centre ORIF de [...], laquelle, initialement

prévue du 7 janvier au 7 avril 2013, a été interrompue le 1<sup>er</sup> mars 2013 pour des raisons de santé.

Le docteur K. \_\_\_\_\_ a, dans un rapport du 29 mars 2013, décrit la situation de son patient de la manière suivante :

L'évolution depuis l'an passé est défavorable. Dès son réveil, Mr G. \_\_\_\_\_ ressent des douleurs de la colonne dorsolombaire surtout à D dues au poids de son corps qui "écrase les vertèbres". Il mentionne aussi des douleurs vers l'omoplate D, l'épaule D qui sont tirées vers le bas; il décrit aussi des douleurs au bassin, à la hanche D et au genou D qui surviennent selon lui en raison d'une d'instabilité et d'une surcharge avec l'impression de "déboîtement". Il craint que sa hanche D ne puisse plus porter son corps et qu'il s'effondre.

Ainsi toute la partie droite de son corps "brûle" de douleur; il a l'impression de devenir fou, ces douleurs absorbent toute son énergie, le "consument", l'épuisent, le dépriment, le laissent sans volonté. Il doit d'ailleurs à tout moment s'allonger au sol et faire des exercices de stretching pour donner de l'espace à ses corps vertébraux.

Pendant ses mesures d'évaluation et d'observation, il m'a consulté en disant qu'il ne pouvait plus continuer, qu'il était "sec", sans plus de force.

Le status est superposable à ce qu'il présentait il y a une année et même celui qu'il présentait quelque mois après sa chute. C'est-à-dire qu'il n'y a globalement pas de diminution de la mobilité, mais celle-ci est annoncée comme douloureuse dans les mouvements extrêmes.

La description très précise de ses douleurs, leur caractère insupportable et les représentations qu'il se fait de l'origine de ses douleurs attestent d'une importante souffrance, non feinte à mon avis.

Il est très probable que le contexte social (le fait qu'il ait commencé à travailler à 14 ans déjà, dans la maçonnerie, sa situation d'émigré, ses problèmes conjugaux ainsi que les difficultés de ses enfants à se former, trouver du travail et s'émanciper) jouent un rôle déterminant dans la manifestation de ses symptômes.

Compte tenu de ses douleurs bien présentes, à mon sens, même si sans substrat organique, de leur caractère envahissant, omniprésent et déstructurant, j'estime que sa capacité de travail ne dépasse pas 50 % dans une activité adaptée et qu'elle est de 0 % dans son travail de maçon.

Compte tenu des difficultés rencontrées par l'assuré dans le cadre de la mesure d'observation professionnelle, l'OAI a décidé de mettre

en œuvre une mesure de type COPAI, laquelle s'est déroulée du 3 au 28 juin 2013. A l'issue de cette mesure, les responsables socio-professionnels sont parvenus à la conclusion que, moyennant une diminution de rendement de 20 % afin de permettre à l'assuré de prendre des pauses pour faire des exercices d'assouplissement et soulager son inconfort dorsal, l'exercice à plein temps d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible.

A l'issue des mesures d'observation, l'OAI a décidé de prendre en charge une formation d'opérateur en horlogerie d'une durée d'une année, laquelle a débuté à plein temps le 11 août 2014. Malgré une réduction de son taux de présence à 50 % à compter du 16 mars 2015, l'assuré est parvenu à achever sa formation. Dans une note établie le 2 juillet 2015 à l'issue d'un entretien entre l'OAI et les responsables de la formation, il a été mis en évidence les faits suivants :

La question du taux d'occupation de 50 % relevés par le SMR [...], mais mal étayée médicalement par le MT [médecin traitant], a été au centre de l'entretien de ce jour. Selon M. S. \_\_\_\_\_, l'assuré n'a aucune chance de trouver un emploi à 50 % dans le domaine horloger, si ce taux d'occupation est maintenu. Il faut donc permettre à l'assuré de transférer ses compétences dans un domaine proche (mécanique, montage). C'est donc une situation particulière qui est vécue par tous les intervenants, en raison de la fin d'une formation qui ne sera vraisemblablement jamais mise en valeur par l'assuré. Ce dernier exprime une grande frustration devant cette situation.

Pour ce faire, il est indispensable de mettre en œuvre une mesure SFIP, dès la rentrée de septembre 2015 et d'accompagner efficacement l'assuré dans ses démarches de recherche, auprès des employeurs potentiels. Un mois de battement (août 2015) entre la fin de la formation et le début de la nouvelle mesure semble pertinent, car moins propice aux engagements et aux contacts avec les décideurs des entreprises.

L'assuré s'est vu en conséquence allouer la prise en charge des frais d'un soutien de recherche de stage à but de formation pratique (SFIP) prévu pour la période du 17 août au 13 novembre 2015.

Dans le même temps, le SMR a procédé à un nouvel examen clinique rhumatologique de l'assuré. Dans son rapport du 23 septembre 2015, le docteur B. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, ainsi qu'en

médecine physique et réadaptation, a retenu le diagnostic - avec répercussion sur la capacité de travail - de lombosciatalgie droite, non irritative, non déficitaire, dans un contexte de protrusions discales étagées et de troubles dégénératifs postérieurs. Aux termes de ses observations, il a fourni l'appréciation suivante :

Lors de l'entretien, M. G.\_\_\_\_\_ décrit son ancienne activité de maçon, réalisée jusqu'en mars 2010 ; il s'agit d'une activité physiquement contraignante.

Nous demandons également à M. G.\_\_\_\_\_ de décrire l'activité dans son stage en horlogerie à l'ORIF. Selon l'assuré, il était amené à travailler en station assise prolongée jusqu'à 2 heures d'affilée, le temps de monter les différents composants d'une montre ; il n'y avait pas de port de charges. Dans le rapport final de l'ORIF du 07.07.2015, il est précisé que l'assuré n'arrive à tenir en position assise qu'à 40 % ; il n'est pas mentionné combien de temps la position assise est nécessaire pour réaliser les tâches demandées. La position assise prolongée de 2 heures annoncée par l'assuré est considérée comme modérément contraignante pour le rachis en cas de discopathies. Nous laissons le soin à la réadaptation de confirmer ou d'infirmier la position assise prolongée annoncée par l'assuré lors de son stage.

M. G.\_\_\_\_\_ a commencé son stage dans l'horlogerie à 100 % en août 2014, puis a diminué son taux à 50 %, selon le dossier à partir de février 2015. Selon l'assuré, les douleurs du bas du dos ont augmenté, ceci influençant sa dextérité.

L'assuré décrit ce jour une douleur lombosacrée irradiant au membre inférieur D, de façon non systématisable sur le plan radiculaire. La lombosciatalgie est quotidienne. De façon peu cohérente, les symptômes ne se sont pas améliorés alors que l'assuré a cessé son stage le 10.07.2015.

L'assuré décrit des troubles sensitivomoteurs non systématisables sous forme d'endormissement de toute la jambe ; il a également son pied droit qui reste bloqué tant en flexion qu'en extension s'il nage.

L'assuré nous apprend qu'il a eu une résection du ménisque interne en mars 2013. Son genou gonfle moins qu'avant, il a moins de douleurs qu'avant. L'assuré estime qu'il est fragilisé au niveau du genou ; il s'estime capable de marcher 15 minutes.

Comme 3<sup>ème</sup> problème, l'assuré annonce des douleurs mécaniques de l'épaule D, présentes depuis l'accident, le gênant lorsqu'il est assis les bras sur l'établi.

L'assuré prend quotidiennement un traitement antalgique simple de paracétamol à dose modérée et un traitement anti-inflammatoire à faible dose.

L'examen montre un homme de 52 ans, en bon état de santé général, avec une pré-obésité ; la musculature est développée au membre supérieur D (côté dominant) et aux membres inférieurs, cela est déjà noté par le Dr P. \_\_\_\_\_ dans son examen de mars 2012, le spécialiste décrit une carrure plutôt athlétique. L'examen de médecine interne est normal.

Nous n'avons pas de déficit neurologique systématisable. Au touché-piqué, l'assuré a l'impression que son pied D et que son mollet D sont gelés. Le trouble sensitif non systématisable du membre inférieur D avait déjà été mis en évidence par la Dresse H. \_\_\_\_\_, neurologue, dans son examen du 24[recte : 26].10.2012 (hypoesthésie diffuse de tout le membre inférieur D). L'examen de la Dresse H. \_\_\_\_\_ et l'examen de ce jour excluent l'hypothèse d'irritabilité d'un nerf périphérique au niveau lombaire, annoncée par le Dr D. \_\_\_\_\_ dans sa consultation du 04.12.2012. La Dresse H. \_\_\_\_\_ avait fait, de plus, une électroneuromyographie du membre inférieur D, qui était normale. L'assuré n'a pas non plus de trouble moteur, il a également une conservation des réflexes. Nous n'avons pas de sciatalgie irritative, c'était également le cas dans l'examen de la Dresse H. \_\_\_\_\_ et dans l'examen du Dr P. \_\_\_\_\_.

La mobilité des épaules est limitée par des contrepulsions. Nous n'avons pas de tendinopathie spécifique, pas de signes pour un conflit sous-acromial. Le Dr R. \_\_\_\_\_, rhumatologue, concluait le 16.03.2012 pour des douleurs de l'épaule D, sans signe de lésion de la coiffe des rotateurs.

L'assuré a de légers troubles statiques au niveau du rachis sous forme d'une diminution de la lordose lombaire, d'un début de relâchement de la sangle abdominale, il n'a pas d'attitude antalgique. La mobilité de la nuque est limitée en flexion-extension, rotation G et flexion latérale D par les douleurs et par les contrepulsions, il n'est pas possible d'aller aux amplitudes maximales ; l'assuré a des douleurs diffuses sur tout le côté cervical D, sans contracture ; les mouvements automatiques de la nuque sont normaux. Nous excluons un syndrome rachidien cervical.

La participation à l'examen du rachis lombaire est incomplète : l'assuré s'estime incapable de lâcher son appui postérieur les jambes tendues, assis sur la table d'examen, dans le test de la distance doigts-orteil ; il s'estime incapable de se mettre en décubitus ventral les bras pendant le long de la table ; il participe partiellement à l'examen de la mobilité en station debout ; l'assuré a peur d'aggraver ses douleurs. Il y a lieu de conclure à une kinésiophobie, tant au niveau lombaire, mais également au niveau de l'épaule D. L'indice de Schober lombaire, donné à titre informatif, est de 10-12 cm, sous réserve de la participation de l'assuré. En extension, M. G. \_\_\_\_\_ ne va pas au-delà de 5° ; en flexion latérale, il n'entraîne pas son rachis lombaire, ceci de façon symétrique. L'assuré a des douleurs multi-étagées sur tout le rachis dorsolombaire, s'étendant au sacrum, davantage marquées au niveau lombaire et plus en lombaire bas. L'examen analytique du rachis lombaire contraste avec une gestuelle spontanée, qui montre des transferts assis-debout normaux, une vitesse de marche normale. Le score de Waddell est positif à la recherche de signes

comportementaux ; c'était également le cas lors de l'examen du Dr P. \_\_\_\_\_ de 2012.

Nous retrouvons, comme le Dr P. \_\_\_\_\_, des points de Smythe positifs, le Dr P. \_\_\_\_\_ en avait 7/18, nous en avons 8/18, tous situés sur l'hémicorps D. Stricto sensu le nombre de point est insuffisant pour retenir une fibromyalgie (seuil = 11). Nous retenons, par contre, au vu du tableau clinique décrit plus haut, une amplification des symptômes. La discordance entre les éléments cliniques objectivables et les plaintes de l'assuré est mise en évidence lors de l'examen du Dr P. \_\_\_\_\_ de 2012. Cette discordance est également mise en évidence dans l'examen du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 01.07.2013, le Dr Z. \_\_\_\_\_ écrivant que l'examen objectif est peu perturbé et n'explique pas l'intensité des plaintes. La discordance est encore soulevée par la Dresse H. \_\_\_\_\_ le 26.10.2012, lorsqu'elle écrit que les douleurs annoncées par l'assuré ne peuvent être corrélés au plan clinique ni à un syndrome lombovertébral, ni à des signes radiculaires irritatifs ou déficitaire[s], ni d'ailleurs à une atteinte tronculaire du membre inférieur D.

En conclusion, l'état de santé de l'assuré au niveau du rachis et du système neurologique ne s'est pas modifié par rapport à l'évaluation antérieure faite au SMR le 21.03.2012.

Fait nouveau par rapport à mars 2012, l'assuré a été opéré par méniscectomie interne D en mars 2013, avec une amélioration partielle des douleurs et de la tuméfaction du genou en postopératoire, selon l'assuré. L'examen clinique montre un genou limité par des douleurs lombaires, il n'y a pas de blocage méniscal, pas d'épanchement, la musculature est conservée, l'assuré marche, en début d'examen, sans boiterie, puis avec une boiterie modérée attribuée à ses douleurs lombaires. L'arthroscopie de mars 2013 justifie une incapacité de travail totale, de courte durée, de maximum 3 semaines dans une activité légère, comme celle réalisée pendant le stage (activité légère pour les genoux).

M. G. \_\_\_\_\_ n'a pas eu de nouveau bilan radiologique depuis 2012. Les différentes radiographies ont été décrites en détails par le Dr P. \_\_\_\_\_ dans son examen du 21.03.2012. Il y a lieu de préciser que l'assuré a des protrusions discales sur les 2 derniers étages lombaires, il existe une composante foraminale en L4-5 G, mais pas de hernie discale à proprement parler. Cette protrusion foraminale irrite potentiellement la racine L4 G, nous avons vu que cette racine ne présente pas de déficit ; par ailleurs, l'assuré n'a pas de tableau clinique de cruralgies simples. Nous faisons remarquer que les troubles dégénératifs présentés par l'assuré au niveau de son rachis lombaire, sont peu marqués pour un ex-maçon.

Nous complétons le bilan radiologique par des radiographies standards du rachis lombaire, afin de préciser s'il existe une nette péjoration des troubles dégénératifs pouvant expliquer les symptômes annoncés par l'assuré. Les clichés réalisés le 20.08.2015 montrent, comme l'annonce le radiologue, des troubles dégénératifs débutants discaux et articulaires postérieurs. Il n'y a pas de modification significative par rapport au dernier bilan de 2012.

Au niveau du genou D, en préopératoire, l'assuré a des signes de dégénérescence du ménisque interne et un pincement débutant du compartiment interne. Le Dr P. \_\_\_\_\_ décrivait une gonarthrose débutante du compartiment interne. Nous estimons que la gonarthrose débutante et le status post méniscectomie interne ne justifient pas de limitations fonctionnelles durables.

L'assuré a effectué deux stages professionnels du 24 septembre au 2 octobre 2015 et du 2 au 27 novembre 2015 auprès de la société T. \_\_\_\_\_ à [...]. Tout en faisant état d'un travail de bonne qualité, et d'une réelle motivation, les rapports de stage ont attesté d'un rendement de 50 % sur un taux d'occupation de 50 %.

Considérant qu'il convenait toutefois de suivre la capacité de travail retenue par le SMR, moyennant la prise en compte d'une diminution de rendement de 20 % en raison des pauses antalgiques, l'OAI a, par décision du 9 mai 2016, alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016 fondée sur un degré d'invalidité de 52 %.

**B.**           **a)** Par acte du 10 juin 2016, G. \_\_\_\_\_, représenté par Me François Pidoux, a déféré la décision rendue le 9 mai 2016 par l'OAI devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de cette décision et à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité. En substance, il reprochait à l'OAI de ne s'appuyer que sur les seules constatations médicales et de faire abstraction de ce qui avait pu être constaté lors des stages professionnels. A son avis, le docteur B. \_\_\_\_\_ n'avait fait que survoler la question des stages, sans s'interroger sérieusement sur la manière dont ceux-ci s'étaient déroulés et sur ce qu'ils permettaient de déduire de sa condition physique. Même si la situation sur le plan médical n'était pas totalement objectivable, il n'en restait pas moins qu'il subsistait des zones d'ombres. La problématique de la douleur n'était en effet que peu prise en compte dans le rapport de ce médecin. Ce rapport était ainsi incomplet, car il n'expliquait pas ce qui s'était concrètement passé dans la réalité.

**b)** Dans sa réponse du 11 juillet 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours. Au vu de l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier

et du rapport d'examen dûment étayé du SMR, il n'y avait pas lieu selon l'intimé de remettre en cause l'exigibilité fixée.

**c)** Dans sa réplique du 14 septembre 2016, G.\_\_\_\_\_ a maintenu ses conclusions prises le 10 juin 2016. A son avis, le raisonnement suivi par l'OAI n'était pas satisfaisant et ne permettait pas de cadrer l'ensemble des dysfonctionnements qu'il subissait. Il requérait la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, dont la réalisation devait être confiée à un centre spécialisé dans la douleur.

**d)** Dans sa duplique du 3 octobre 2016, l'OAI a constaté que les arguments développés n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa décision et, partant, a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours.

### **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 (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; RS 831.20]). 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)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c).

**b)** Le litige porte en l'occurrence sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

**3. a)** Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256

consid. 4 ; TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

**c)** D'après 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

**4. a)** Sur un plan médical strict, le recourant souffre de dorsolombalgies chroniques, partant de la zone interscapulaire et irradiant sur l'ensemble de l'hémicorps droit, dans un contexte de lésions dégénératives vertébrales L3-S1 ainsi que d'une gonarthrose du compartiment interne droit (rapports des docteurs R.\_\_\_\_\_ du 20 janvier 2012, P.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_ du 27 avril 2012 et B.\_\_\_\_\_ du 23 septembre 2015). Les douleurs mentionnées par le recourant ne sont pas associées à un syndrome lombo-vertébral, à des signes radiculaires irritatifs ou déficitaires ou à une atteinte tronculaire du membre inférieur droit (rapport de la doctoresse H.\_\_\_\_\_ du 26 octobre 2012). Si l'ensemble du corps médical s'accorde pour admettre que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son ancienne activité de maçon, le SMR

retient que le recourant dispose, moyennant une diminution de rendement de 20 % afin de lui permettre de bénéficier de pauses antalgiques, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (absence de port de charges répété du plus de 10 kg [charges légères], occasionnel au-delà de 15 kg [charges modérées]; absence de position statique assise prolongée au-delà d'une heure; absence de position statique debout prolongée au-delà de trente minutes).

**b)** L'appréciation de la capacité résiduelle de travail du recourant est remise en question par le docteur K.\_\_\_\_\_, lequel a soutenu, tout au long de la procédure, que la capacité de travail de son patient ne dépassait pas 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (rapports médicaux des 31 janvier 2012, 11 mai 2015 et 11 mai 2016; certificat médical du 23 mars 2012). Des différents documents établis par ce médecin, il ressort que celui-ci reproche au SMR de minimiser l'impact des douleurs et de la fatigue corrélative sur la capacité de travail. Il convient par ailleurs de constater que le recourant, après avoir suivi au mois de mars 2014 une préformation à un taux de présence de 100 % au sein de l'ORIF de [...], n'a pas été en mesure, lorsque sa formation en qualité d'opérateur en horlogerie a débuté au mois d'août 2014, de maintenir un tel taux de présence, celui-ci ayant été réduit à 50 % à compter du mois de mars 2015. Quant aux stages en entreprise effectués par le recourant à la fin de l'année 2015, ils ont fait état d'un rendement de 50 % sur un taux de présence de 50 %. Toutes les personnes qui ont accompagné le recourant au cours des différentes mesures d'ordre professionnel dont il a bénéficié ont noté la bonne volonté et la réelle motivation de l'intéressé, sans émettre de commentaires négatifs à son encontre.

**c)** Il convient d'admettre qu'il existe une nette discordance entre l'appréciation médicale de la situation faite par le SMR et le comportement observé au cours des mesures d'ordre professionnel. Cette discordance entre les éléments cliniques objectivables et les plaintes du recourant a d'ailleurs été relevée par plusieurs médecins au cours de la procédure (rapports des docteurs P.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_ du 27 avril 2012,

H.\_\_\_\_\_ du 26 octobre 2012 et Z.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> juillet 2013). Dans son rapport d'examen clinique du 23 septembre 2015 (p. 8), le docteur B.\_\_\_\_\_ a souligné une participation incomplète à l'examen du rachis lombaire et conclu à une kinésiophobie ; l'examen analytique du rachis contrastait avec une gestuelle spontanée qui montrait des transferts assis-debout normaux et une vitesse de marche normale ; quant au score de Waddell, il était positif à la recherche de signes comportementaux. Au vu du tableau clinique, le docteur B.\_\_\_\_\_ a retenu une amplification des symptômes. Dans son rapport du 10 mai 2011, la Clinique F.\_\_\_\_\_ avait relevé la présence de multiples facteurs psychologiques augmentant le risque de chronicisation et contribuant au renforcement de la symptomatologie douloureuse éprouvée. Or il ressort du dossier que de nombreux facteurs psychosociaux (éloignement de la famille restée au [...] [femme et 4 enfants] ; perte d'emploi ; problèmes conjugaux aboutissant à un divorce en 2014 ; difficultés des enfants à se former, à trouver du travail et à s'émanciper) sont venus se greffer sur les atteintes objectivées, ce qui, selon l'expérience générale de la vie, est propre à abaisser le seuil de tolérance à la douleur.

**d)** Si la médecine moderne repose sur une conception bio-psycho-sociale de la maladie, où la maladie n'est pas considérée comme un phénomène purement biologique ou physique, mais comme le résultat d'une interaction entre des symptômes somatiques et psychiques d'une part et l'environnement social du patient d'autre part, le droit des assurances sociales - en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité - s'en tient à une conception essentiellement biomédicale de la maladie dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 4.1). Dans la mesure où, en l'absence d'observations médicales concluantes, de simples plaintes subjectives ne sauraient suffire pour établir l'existence des douleurs alléguées et justifier, dans le cas d'espèce, une invalidité entière (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2) et où des facteurs extra-médicaux ont joué à l'évidence un rôle non négligeable dans la trajectoire défavorable que le recourant a connue, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation que le SMR a faite de la situation médicale. Sans contester la réalité des douleurs

qu'il ressent, il convient de retenir que le recourant dispose, moyennant une diminution de rendement de 20 % afin de lui permettre de bénéficier de pauses antalgiques, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**e)** Dès lors que les termes de la comparaison des revenus effectuée par l'office intimé ne sont pas contestés, il y a lieu de constater que le recourant présente un taux d'invalidité de 52 % qui lui ouvre le droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité.

**5.** Compte tenu des éléments mis en évidence au considérant précédent, il y a lieu de reléguer au second plan l'échec final des mesures d'ordre professionnel allouées au recourant, lequel résulte de facteurs qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité. On rappellera d'ailleurs que, selon la jurisprudence, les appréciations des médecins doivent en règle générale l'emporter sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments de nature subjective (TF 9C\_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2 ; 8C\_451/2012 du 28 mai 2013 consid. 4 ; 9C\_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4.1)

**6.** Vu l'issue de la procédure, la mise en œuvre de l'expertise requise par le recourant n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (ATF 137 III 208 consid. 2.2 ; 135 II 286 consid. 5.1).

**7. a)** Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 9 mai 2016 confirmée.

**b)** 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'assurance-invalidité 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. 69 al. 1 LAI ; art. 49 al. 1 LPA VD). Toutefois, dès lors qu'il est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

**c)** Le recourant n'obtenant pas gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

**d)** Par décision du juge instructeur du 15 juin 2016, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 10 juin 2016 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me François Pidoux. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 10 octobre 2017, faisant état de 24 heures et 40 minutes de travail, ainsi que de 340 photocopies pour la période comprise entre le 4 février 2016 et le 24 mai 2017.

**aa)** A teneur de l'art. 122 al. 1 let. a CPC (code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272), applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, le conseil juridique commis d'office de la partie mise au bénéfice de l'assistance judiciaire est rémunéré équitablement par le canton. L'art. 2 al. 1 RAJ (règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3) – qui renvoie à l'art. 122 al. 1 let. a CPC – dispose que le conseil juridique commis d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil d'office, le juge appréciant à cet égard l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et appliquant le tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ).

Selon la jurisprudence (TF 5D\_149/2016 du 30 janvier 2017 consid. 3.3 et les références citées), pour fixer la quotité de l'indemnité, l'autorité cantonale doit tenir compte de la nature et de l'importance de la

cause, des difficultés particulières que celle-ci peut présenter en fait et en droit, du temps que l'avocat lui a consacré, de la qualité de son travail, du nombre des conférences, audiences et instances auxquelles il a pris part, du résultat obtenu et de la responsabilité qu'il a assumée. Le temps consacré à la défense du client et les actes effectués ne peuvent cependant être pris en considération sans distinction ; ainsi, le juge peut d'une part revoir le travail allégué par l'avocat, s'il l'estime exagéré en tenant compte des caractéristiques concrètes de l'affaire, et ne pas rétribuer ce qui ne s'inscrit pas raisonnablement dans le cadre de l'accomplissement de la tâche du défenseur ; d'autre part, il peut également refuser d'indemniser le conseil pour des opérations qu'il estime inutiles ou superflues ; l'avocat d'office ne saurait être rétribué pour des activités qui ne sont pas nécessaires à la défense des intérêts de l'assisté ou qui consistent en un soutien moral.

**bb)** La liste d'opérations produite par Me Pidoux le 10 octobre 2017 a été contrôlée au regard de la présente procédure et doit être réduite pour les raisons qui suivent.

Il convient en premier lieu d'écarter les opérations effectuées avant le 10 juin 2016, soit un total de 8 heures et 20 minutes, ainsi que 20 photocopies, opérations qui sont antérieures à l'octroi de l'assistance judiciaire. Ensuite, la liste remise indique également des éléments faisant à l'évidence partie d'une autre procédure (opérations des 16 juin 2016, 20 et 29 juillet 2016) pour un total de 1 heure et 5 minutes, ainsi que 42 photocopies. Aux dates du 10 juin, 23 août et 15 septembre 2017, Me Pidoux fait état, pour chacune de ces dates, de trois correspondances respectivement adressées à la Cour de céans, à son client ainsi qu'à la partie intimée et ayant nécessité une durée de 45 minutes pour chacune des trois séries d'envoi. Dans la mesure où les courriers au recourant ainsi qu'à l'intimé sont liés à celui destiné à la Cour de céans, la durée annoncée est excessive, de sorte qu'elle doit être ramenée à 20 minutes pour chacune des trois séries de courriers mentionnées. Il y a enfin lieu de rappeler qu'un simple envoi à l'assuré, par exemple d'une copie d'un courrier adressé à un tiers ou d'un courrier reçu d'un tiers, de même qu'à

la partie adverse, constitue des charges relevant du secrétariat, lesquelles font partie des frais généraux couverts par le tarif de 180 fr. de l'heure prévu par l'art. 2 al. 1 let. a RAJ.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir une durée totale de 14 heures. Le montant de l'indemnité d'honoraires s'élève donc à 2'520 francs.

S'agissant des débours, Me Pidoux fait état de 340 copies, dont il y a lieu de déduire 62 copies, en lien avec les opérations réduites. Les photocopies doivent être indemnisées au tarif de 20 centimes la photocopie, le temps consacré à celles-ci relevant des tâches usuelles de secrétariat. Le montant total des débours doit ainsi être arrêté à 55 fr. 60.

L'indemnité globale en faveur de Me Pidoux doit donc être fixée à 2'781 fr. 65, débours et TVA au taux de 8% par 206 fr. 05 compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

**I.** Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 9 mai 2016 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 François Pidoux, conseil du recourant, est arrêtée à 2'781 fr. 65 (deux mille sept cent huitante-et-un francs et soixante-cinq centimes), débours et TVA inclus.
- 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.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me François Pidoux (pour G. \_\_\_\_\_),
- 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 :