

## VD\_FINDINFO AI 152/11 - 179/2013 vom 14. August 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-08-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_152\\_11\\_-\\_179\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_152_11_-_179_2013)

FR: VD\_FINDINFO AI 152/11 - 179/2013 du 14 août 2013

IT: VD\_FINDINFO AI 152/11 - 179/2013 del 14 agosto 2013

### Regeste

DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, MESURE DE RÉADAPTATION{ASSURANCE SOCIALE}, EXPERTISE MÉDICALE, DROIT D'ÊTRE ENTENDU, MOTIVATION DE LA DÉCISION | 29 al. 3 Cst., 28 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 49 al. 3 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 14.08.2013 AI 152/11 - 179/2013

DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, MESURE DE RÉADAPTATION{ASSURANCE SOCIALE}, EXPERTISE MÉDICALE, DROIT D'ÊTRE ENTENDU, MOTIVATION DE LA DÉCISION | 29 al. 3 Cst., 28 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 49 al. 3 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 152/11 - 179/2013 ZD11.019533 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 14 août 2013 \_\_\_\_\_ Présidence de Mme Thalman Juges

: Mme Pasche et M. Bonard, assesseur Greffière : Mme Barman Ionta

\*\*\*\*\* Cause pendante entre : S. \_\_\_\_\_, à Vevey, recourant, représenté par Me Y. \_\_\_\_\_, avocat à Genève, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6, 7 et 8 LPGA, 4 et 28 LAI E n f a i t : A. Le 11 juin 2007, S. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1968, aide-marbrier, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, invoquant une erreur médicale lors d'une injection dans la cuisse gauche. Selon le questionnaire pour l'employeur du 29 août 2007, l'assuré a travaillé en dernier lieu dans l'entreprise [...] Sàrl du 1<sup>er</sup> avril 2006 au 31 juillet 2006, l'employeur ayant résilié le contrat au motif que les compétences ne correspondaient pas aux exigences du poste. Il ressortait également de ce questionnaire que l'horaire de travail de l'entreprise était de 40 heures par semaine et le salaire horaire de 26 fr. 30. Il n'était pas mentionné de treizième salaire ou d'indemnités de vacances en plus de ce salaire. Selon l'extrait du compte individuel relatif aux années 2002 à 2005, excepté une période d'une année en 2002 et 2003 auprès de la même entreprise, l'assuré n'est jamais resté plus de 5 mois auprès du même employeur. Il a été au bénéfice de l'assurance-chômage de janvier à août 2004, puis d'avril à octobre 2005 et en décembre 2005. Dans un rapport du 8 novembre 2006, le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, a mentionné ce qui suit: " Discussion: Une injection intramusculaire dans la cuisse gauche (tiers moyen) de Voltaren 75 mg a déclenché immédiatement des douleurs et par la suite une nécrose de la peau et du tissu sous-cutané. Ces éléments ont nécessité des soins chirurgicaux au long court. Actuellement, il existe une cicatrice cutanée, douloureuse, érythémateuse, fixée au plan profond. La palpation de la région de la musculature du vaste externe gauche dans son tiers moyen est douloureuse. L'IRM et l'examen par ultrasons mettent en évidence un oedème

du muscle vaste externe gauche s'étendant vers le bas et vers le haut. L'examen de la cicatrice sous-cutanée, bien que douloureuse, ne révèle pas de lésion neurologique superficielle car il n'y a pas de trouble sensitif en dehors de la zone cicatricielle. Il n'y a pas non plus de parésie musculaire car cliniquement il n'y a aucune atrophie musculaire. Cette absence d'atrophie musculaire pourrait suggérer que ce patient ne présente aucune séquelle musculaire de cette injection intramusculaire. Cependant la présence d'un oedème à l'IRM et l'ultrason font penser qu'il existe encore une lésion non terminée au niveau de la masse musculaire et que celle-ci peut être en effet l'origine de douleurs telles que les décrit le patient. Sur ces données, un traitement physiothérapeutique d'ultrasons ou d'application de chaleur peut certainement se discuter ainsi qu'un traitement fait de massage pour libérer la cicatrice cutanée de l'aponévrose musculaire. [...] Actuellement le patient exprime clairement son incapacité de travailler comme marbrier étant donné les douleurs dans la cuisse gauche. Comme dit ci-dessus, la présence d'un oedème à l'IRM et l'examen par ultrason sont des arguments pour une cicatrice musculaire non terminée ce qui peut expliquer un tableau douloureux tel que le présente le patient. Cela peut donc justifier à mon avis, un arrêt de travail à 100%. Un traitement de physiothérapie pendant un à deux mois devrait permettre la disparition du tableau douloureux, ce qui pourrait être confirmé par un ultrason de contrôle d'ici deux mois. En un mot, à mon avis, je pense qu'un arrêt de travail de 100% depuis le 7 août peut se concevoir. L'encadrement physiothérapeutique devrait permettre d'ici 6 à 8 semaines une diminution progressive de cette incapacité de travail. " Dans un rapport du 21 décembre 2006, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics de probable syndrome douloureux régional post-traumatique, status post injection intramusculaire face antérieure de la cuisse gauche le 24 mars 2006 déclenchant un ulcère cutané nécrotique, status post débridement chirurgical en juin 2006, status post coliques néphrétiques en mars 2006. Il a en outre mentionné ce qui suit: " Synthèse et conclusion Votre patient de 38 ans, sans antécédents neurologiques particuliers a présenté à la suite d'une injection intramusculaire dans la face antérieure latérale de la cuisse gauche en mars 2006, un ulcère cutané nécrotique nécessitant un débridement chirurgical en juin 2006. Le patient présente actuellement dans le status neurologique autour d'une cicatrice profonde fermée, une zone hypoesthésique d'environ 30 cm autour de la cuisse gauche avec une hyperesthésie-causalgie en auréole. Cette zone est mal délimitée et ne correspond ni aux territoires des racines ni des nerfs périphériques. Autrement les réflexes et la force musculaire sont parfaitement préservés. Les électroneurographies motrices du nerf fémoral et sensibles du nerf cutané femoris latéral sont normales des deux côtés. Il s'agit très probablement d'un syndrome douloureux régional apparu au fil des mois nécessaires pour la guérison de cet ulcère musculo-cutané nécrotique dont l'origine est pour le moment peu claire. Si sous des conditions décrites des soins locaux prolongés sont nécessaires, on est souvent confronté à une surstimulation du tissu sensible périlésionnel qui montre à la suite une réaction d'hyperesthésie-causalgie, sans être en relation initiale avec la lésion d'origine. Des processus de sproating au niveau des zones facto-algiques cérébrales sont probablement à l'origine de tels phénomènes. Votre traitement de Lyrica a déjà amélioré les symptômes et est absolument à intensifier jusqu'à 300 mg/j. J'ai proposé au patient le port d'un patch antalgique de Neurodol dans les parties périphériques à l'extérieur de la cicatrice avec un effet local anesthésiant qui pourrait à la longue calmer l'hyperexcitabilité locale. Pour influencer également positivement les centres de la douleur cérébrale, un traitement antidépresseur antalgique avec un tricyclique pourrait être essayé (Tryptizol 10 mg le soir). Durant mes deux examens je n'ai pas pu constater

d'enflure, chaleur ou rougeur périlésionnelle comme décrite par le patient. En cas d'apparition de tels signes, une IRM de la cuisse pourrait nous renseigner sur une éventuelle inflammation résiduelle plus profonde. " Dans un rapport du 24 juillet 2007, le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en allergologie et immunologie clinique, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de status post-ulcère musculo-cutané de la face antérieure de la cuisse gauche sur injection intramusculaire, status post débridement chirurgical en juin 2006 et syndrome douloureux régional post-traumatique de la cuisse gauche. Sans répercussions sur la capacité de travail, il a mentionné les diagnostics d'hypothyroïdie sévère idiopathique, d'infection chronique par le virus de l'hépatite B, de status post-splénectomie, de status post-colique néphrétique et d'azoospermie non obstructive. Il a en outre indiqué ce qui suit: " 3. Anamnèse: M. S. \_\_\_\_\_ a subi, en raison d'une crise de colique néphrétique en mars 2006, une injection intra-musculaire à la face antérieure de la cuisse gauche, qui a immédiatement déclenché une intense douleur au site d'injection. L'évolution a été défavorable, par l'apparition d'un érythème puis d'un ulcère et enfin d'une nécrose cutanée et musculaire au site d'injection. Malgré des soins locaux et un débridement chirurgical qui ont permis une guérison de la plaie, il persiste une importante cicatrice à la face antérieure de la cuisse gauche, extrêmement sensible à tout stimulus même très léger. Cette hypersensibilité s'est progressivement transformée en un syndrome douloureux régional post-traumatique, de type hyperesthésie-causalgie. 4. Plaintes subjectives: Douleurs extrêmes au moindre contact, au mouvement et à l'effort 5. Constatations objectives: plaie à la face antérieure de la cuisse gauche sur une surface d'env. 7 x 5 cm, érythémateuse, avec défaut cutané et disparition de la graisse sous-cutanée et par conséquent adhérente à l'aponévrose musculaire. Hypersensibilité à tous les types de sensibilités sur une large région non délimitée de la face antérieure de la cuisse gauche. Reste du status sans particularité. [...] 7. Thérapie: traitement antalgique (Tryptizol, Tégretol, Lyrica); traitement de l'hypothyroïdie; pas de traitement actuel pour l'hépatite B chronique. Pronostic: très réservé. " Il a estimé que l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle et que des mesures professionnelles étaient indiquées, la reprise d'une activité peu exigeante sur le plan physique dépendant des possibilités de traitement de la douleur. Le 14 août 2007, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, médecin à l'Hôpital [...], a notamment écrit ne plus avoir revu l'assuré depuis le 16 août 2006 et l'avoir suivi ponctuellement pour une plaie de la cuisse gauche, plaie qui était fermée le 8 août 2006. Il mentionnait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, précisant qu'une investigation au Centre de la douleur du Centre [...] (ci-après: K. \_\_\_\_\_) était en cours. Le 21 décembre 2007, le Dr X. \_\_\_\_\_ a mentionné une amélioration lente mais progressive du problème douloureux, le pronostic étant très réservé. Il a estimé l'incapacité de travail totale dans l'activité habituelle. Il a joint à son rapport celui du 6 décembre 2007 des Drs R. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, médecins au Service d'anesthésiologie du K. \_\_\_\_\_, dont il résulte ce qui suit: " Nous suivons Monsieur S. \_\_\_\_\_ à notre consultation d'antalgie depuis le 29 mai 2007. Vous nous l'aviez alors adressé pour évaluation et traitement d'une douleur au niveau de la cuisse G consécutive à une injection intra-musculaire de Voltarène compliquée d'une nécrose. Lorsque nous le voyons pour la 1 ère fois, il se plaint d'une région d'hyperesthésie au niveau de la cicatrice de nécrose. Il décrit également une zone d'allodynie entourant la cicatrice, rendant tout contact avec cette zone très douloureuse. Il est alors sous traitement de Lyrica, Tryptizol et Tegretol que vous avez instauré et qui a procuré une amélioration. Monsieur S. \_\_\_\_\_ a bénéficié en date du 4 octobre 2007 (après avoir reporté à plusieurs

reprises tout geste infiltratif) d'une infiltration épidurale ayant apporté une amélioration d'environ 50% dans les jours qui ont suivi. Le 8 novembre et en raison de la persistance des symptômes, nous pratiquons des infiltrations des articulations postérieures en L5 et S1 G qui ont apporté un soulagement de 100% durant les 4 à 5 jours qui ont suivi. Lorsque je le revois ce 6 décembre, le patient dit encore bénéficier d'une amélioration de plus de 55%, avec néanmoins persistance des douleurs sur la face latérale de la cuisse G. Je lui propose une nouvelle infiltration des facettes L4-L5-S1, geste qu'il souhaite reporter à l'année prochaine. " Une expertise pluridisciplinaire a été confiée au Centre d'expertise médicale de [...] (ci-après: CEMed). Il résulte du rapport d'expertise du 28 juillet 2008 des Drs G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et P.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, notamment les conclusions suivantes: " Sur le plan de la médecine interne, l'hypothyroïdie est compensée et n'entraîne pas de limitation particulière. La splénectomie et l'hépatite B ne sont pas invalidantes. Sur le plan neurologique, Monsieur S. \_\_\_\_\_ présente donc des plaintes sous forme d'une zone d'endormissement douloureux et hyperpathique à l'attouchement au niveau de la face antéro-externe de la cuisse gauche, pouvant irradier proximale en direction de la région lombaire. Cette symptomatologie fait suite à une injection d'un produit X, apparemment du Voltarène, effectuée le 24.03.06 et persiste malgré de nombreux traitements locaux et généraux avec en outre des infiltrations au niveau lombaire. Rappelons qu'un ENMG a été pratiqué par le Dr C. \_\_\_\_\_ qui a permis d'écarter une atteinte significative des nerfs fémoral et fémoro-cutané latéral gauche (l'examen de décembre 2006). L'examen clinique permet d'objectiver une plaie non recouverte de tégument à la face antéro-externe de la cuisse gauche entourée d'une zone hypodysésthésique ne correspondant pas typiquement à un territoire d'un tronc nerveux bien que la zone d'hypodysésthésie se rapproche du territoire du nerf fémoro-cutané latéral dont elle dépasse néanmoins la zone d'innervation. Bien que le patient se plaigne d'un déficit moteur du membre inférieur gauche, l'examen clinique n'objective pas de franc déficit moteur. Certains éléments de la description des troubles et des constatations cliniques pourraient suggérer une irritation radiculaire mais l'ensemble des éléments à notre disposition n'est pas typique d'un tel niveau lésionnel et ne saurait expliquer l'ensemble des plaintes, notamment la zone hypodysésthésique. Ce qui paraît indubitable est que Monsieur S. \_\_\_\_\_ a présenté dans les suites immédiates et différées et de l'injection pratiquée le 24.03.06 une réaction locale ayant comporté tout d'abord une rougeur puis une nécrose et enfin, semble-t-il une surinfection. Nous ne possédons malheureusement pas de document ni d'élément précis concernant l'injection pratiquée le 24.03.06, de telle sorte qu'il est difficile de se prononcer en tous les cas sur la responsabilité éventuelle de l'hôpital de [...] dans l'apparition des troubles. Sur le plan thérapeutique, nous pensons qu'il s'agit de poursuivre le traitement de Lyrica actuellement en cours. Il est peu probable que la répétition d'infiltrations péridurales ou facettaires soit de nature à améliorer significativement l'état du patient à moyen et long terme. Bien que la lésion soit indubitable, nous ne parvenons pas à expliquer clairement l'importance des phénomènes dysesthésiques ainsi que leur répercussion sur la capacité de travail par les constatations effectuées à l'examen clinique. Sur le plan de la capacité de travail, nous parvenons difficilement à comprendre la raison pour laquelle Monsieur S. \_\_\_\_\_ ne peut plus avoir d'activités lucratives, même adaptées. Si l'on peut admettre éventuellement qu'il existe des difficultés de travail dans le cadre de l'activité de marbrier étant donné le caractère « physique » de cette activité, nous ne voyons pas de contre-indication médicale à ce que

Monsieur S. \_\_\_\_\_ reprenne une activité adaptée, c'est-à-dire une activité légère, ne nécessitant pas de déplacements importants. Dans une telle activité, la capacité de travail devrait en principe être de 100% (plein temps avec un rendement de 100%). Sur le plan psychique, la capacité de travail est complète. [...] 4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents? o Status post ulcère musculo-cutané à la face antérieure de la cuisse gauche (sur injection intra musculaire) o Status post débridement chirurgical en juin 2006 o Syndrome douloureux post-traumatique de la cuisse gauche 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents? o Hypothyroïdie idiopathique substituée (mai 2006) o Infection chronique par le virus de l'hépatite B (connu depuis mai 2004) o Status post splénectomie (âge de 13 ans en Tunisie) pour « kystes » o Colique néphrétique (février 2006) [...] B. Influences sur la capacité de travail 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés Sur le plan physique En dehors d'une activité particulièrement astreignante pour ce qui est du membre inférieur gauche, nous ne voyons pas de limitation significative de la capacité de travail. Sur le plan psychique et mental Pas de limitation Sur le plan social Pas de limitation 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ? Nous ne pensons pas que les troubles présentés par Monsieur S. \_\_\_\_\_ au niveau du membre inférieur gauche justifient une incapacité de travail même dans l'activité de marbrier, sauf si celle-ci est particulièrement astreignante. 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail Pour les éléments développés plus haut, nous ne voyons pas de cause d'incapacité de travail significative dans l'activité exercée préalablement, sauf si celle-ci est particulièrement astreignante. 2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)? Oui à plein temps (cf. ci-dessus). 2.4 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui dans quelle mesure? Non. 2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? On peut retenir une incapacité de travail dans l'activité de marbrier pour une période de six mois au maximum à partir de l'injection du 24.03.06. Ultérieurement, la capacité de travail était à nouveau complète. 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? La capacité de travail est restée complète à partir d'une période de six mois faisant suite à l'évènement du 24.03.06. 3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel? Pas de trouble psychique. C. Influences sur la réadaptation professionnelle 1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Des mesures sont justifiées à condition que la profession de marbrier soit particulièrement astreignante, ce que nous ne pouvons pas apprécier. Si ce n'est pas le cas, la capacité de travail est complète dans l'activité antérieure. 2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent? 2.1 Si oui par quelles mesures? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail) Il est clair qu'une adaptation du poste de travail visant à diminuer dans la mesure du possible l'engagement physique lourd serait souhaitable. 2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail? Améliorer le rendement et la tolérance de la part du patient. 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e)? 3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité? D'autres activités sont effectivement exigibles: il s'agirait idéalement d'une activité légère ne nécessitant pas de déplacement important. 3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)? Plein temps. 3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure? Non [...] 2. Quel pronostic

pouvez-vous faire concernant l'état de santé? Compte tenu des éléments à notre disposition, on peut penser que l'état de santé de Monsieur S. \_\_\_\_\_, en ce qui concerne les suites de l'évènement accidentel du 24.03.06, est stabilisé. Différents traitements ont été tentés qui n'ont pas apporté d'amélioration significative à moyen et long terme. Dans l'immédiat, il semble qu'il faille continuer le traitement de Lyrica aux doses actuelles, sans autre. Le pronostic est difficile à formuler dépendant pour beaucoup de facteurs subjectifs.

3. Tenu compte de l'état de santé, quel pronostic pouvez-vous faire concernant les prestations futures de l'AI, en considération des prestations actuellement servies? Il n'y a en principe pas lieu de répondre à cette question puisque nous ne retenons pas d'incapacité de travail significative dans l'activité exercée préalablement ainsi que dans toute autre activité potentiellement exigible.

" Le 21 novembre 2008, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande. Il a en particulier considéré ce qui suit: " Après examen de votre dossier et suite à l'analyse médicale et économique de votre situation, nous constatons que vous ne présentez pas une atteinte à la santé invalidante ni de longue durée au sens de l'AI. En effet, vous souffrez d'une nécrose de la face antérieure de la cuisse gauche après une injection d'anti-inflammatoire dans le cadre d'une colique néphrétique le 24 mars 2006. La cicatrisation est obtenue après un débridement chirurgical en juin 2006, mais vous vous plaigniez d'un syndrome douloureux régional. Les examens complémentaires, en particulier neurologique, n'ont pas montré d'anomalie. Afin de déterminer la capacité de travail encore exigible dans votre activité habituelle de marbrier et dans une activité adaptée à votre état de santé, le Service médical régional AI (SMR) a estimé qu'une expertise était indispensable. Vous avez été examiné au Centre d'expertise médicale (CEMED), à [...]. Dans ce rapport du 28 juillet 2008, nous constatons que votre status général est normal. Localement, il y a une zone d'hypoesthésie de la face antéro-externe moyenne et distale de la cuisse gauche, et une hyperesthésie cicatricielle. L'examen psychiatrique montre des signes de tristesse en relation avec des facteurs contextuels, mais qui n'atteint pas le seuil diagnostique. L'examen neurologique est une nouvelle fois normal. Les experts mentionnent également des pathologies sans incidence sur la capacité de travail (hypothyroïdie substituée, hépatite B chronique, status après splénectomie, colique néphrétique). En conclusion, ni la durée ni l'intensité du trouble douloureux ne trouvent d'explication organique. Les phénomènes dysesthésiques que vous décrivez ne devraient pas interférer avec l'exercice d'une activité lucrative (même celle de marbrier), sauf si elle est particulièrement astreignante pour le membre inférieur gauche. Par conséquent, le SMR estime que votre capacité de travail est de 100%, sauf pour une période de 6 mois après l'évènement initial. Nous tenons à préciser que l'expertise du CEMED se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cette expertise a dès lors pleine valeur probante. En conclusion, des mesures de réadaptation professionnelles ne sont donc pas indiquées et le droit à une rente AI éventuelle n'est pas ouvert non plus, l'incapacité de travail retenue par le SMR ne dépassant pas 6 mois (moins d'une année). "

Par lettre du 8 décembre 2008 adressée à l'OAI, le Dr X. \_\_\_\_\_ a écrit notamment ce qui suit: " La région ulcérée étant présentement, et très vraisemblablement définitivement, hypersensible et hyperalgique, il est illusoire de penser que le patient puisse reprendre une activité de marbrier ou une activité physique sollicitant le membre inférieur gauche ou pouvant provoquer une irritation cutanée de la région lésée. Une activité adaptée doit donc être envisagée afin que le patient puisse reprendre une activité professionnelle à

100%, ce qu'il souhaite, comme tout le monde. " Le 2 mars 2009, le Dr X. \_\_\_\_\_ a rédigé le certificat médical suivant: " Le médecin soussigné certifie que Monsieur S. \_\_\_\_\_ est en arrêt complet de travail depuis août 2006, en raison de douleurs du membre inférieur gauche dont la prise en charge, particulièrement difficile et complexe, va devoir se poursuivre pour une durée pour l'instant encore indéterminée. En plus des affections médicales de base nécessitant une prise en charge complexe, le traitement de la douleur ne peut être effectué que dans des centres très spécialisés. " Dans un avis médical du 19 mars 2009, le Dr Q. \_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR), a indiqué que le rapport employeur mentionnait que l'assuré était amené à soulever des poids de 30 kg dix fois par jour, charge ne semblant pas excessive en l'occurrence. Il a rappelé que l'assuré signalait des douleurs à l'attouchement de la cicatrice de la face antérieure de la cuisse gauche ainsi qu'à la contraction des muscles de la loge antérieure et que par conséquent, étaient à éviter toutes les activités nécessitant un appui direct d'objets ou de machines sur la cuisse gauche, les longs déplacements, ainsi que les montées/descentes d'escaliers ou d'échelles n'étant pas recommandés. Par communications des 6 avril et 3 juillet 2009, l'OAI a informé l'assuré que les conditions nécessaires à l'octroi d'une orientation professionnelle étaient remplies. L'assuré a effectué un stage aux Etablissements publics pour l'intégration à [...] (ci-après: EPI) du 31 août 2009 au 29 novembre 2009, puis jusqu'au 28 février 2010, le stage initialement prévu ayant été prolongé de trois mois. Il résulte du rapport du 1<sup>er</sup> mars 2010 des EPI notamment ce qui suit: " Dans une activité sans contrainte physique importante, ni port de charges lourdes, la résistance de l'assuré est suffisante. Sa dextérité manuelle convient pour des activités non-fines. L'assuré a montré de bonnes capacités relationnelles, de la volonté pour retrouver rapidement une activité professionnelle et de l'autonomie dans la démarche. [...] Le 19.10, M. S. \_\_\_\_\_ commence un stage comme aide mécanicien au garage L. \_\_\_\_\_ Automobile, Z.I. [...] (personne de contact M. L. \_\_\_\_\_ 07 [...]). [...] Le 25.11, nous nous rendons au garage pour mettre en place le projet professionnel. M. S. \_\_\_\_\_ est en arrêt maladie pour la même raison que le 1<sup>er</sup> arrêt (blocage musculaire). Il me donne un nouveau certificat médical avec une incapacité de travail du 24.11 au 30.11.09. Dans ces conditions, M. L. \_\_\_\_\_ n'est plus favorable à prendre l'assuré en formation car il ne veut pas prendre de risque concernant sa santé. M. S. \_\_\_\_\_ se rend à l'évidence qu'il ne fait pas uniquement des choses légères comme prévu lors du 1<sup>er</sup> bilan, et M. L. \_\_\_\_\_ se rend mieux compte maintenant qu'il est difficile de ne faire faire qu'une partie du travail à un employé. En effet le travail du garage demande d'être polyvalent à tous moments et ce ne serait pas, à terme, adapté à M. S. \_\_\_\_\_. Nous décidons d'interrompre le stage. [...] Le 14.12, M. S. \_\_\_\_\_ a un rendez-vous avec M. N. \_\_\_\_\_ de la marbrerie [...] à [...]. M. N. \_\_\_\_\_ est intéressé par M. S. \_\_\_\_\_ et nous demande de le rappeler début janvier 2010 pour se mettre d'accord sur une date car il ne peut pas organiser de stage auparavant. Le 14.01, nous contactons M. N. \_\_\_\_\_ qui nous dit être en mesure d'accueillir M. S. \_\_\_\_\_ pour un stage d'observation d'une semaine, du 25 au 29.01, pour des travaux fins dans son atelier de marbrerie (gravage, polissage) et sans port de charges. Le 25.01, M. S. \_\_\_\_\_ commence son stage mais il s'avère que les tâches qui lui sont confiées ne correspondent pas à ce que nous avons discuté, et ne sont pas adaptées aux limitations de l'assuré (port de charges). Il arrête le stage à la fin de la journée. Nous avisons l'OAI de cela et entreprenons des recherches de stages dans d'autres orientations. Le 27.01, comme il possède le permis poids lourd, M. S. \_\_\_\_\_ est allé se renseigner auprès des Transports Lausannois pour conduire les bus,

mais les contraintes d'horaires le dérangeant (nuit, week end). M. S. \_\_\_\_\_ pourrait faire un stage comme chauffeur dans la de livraison de linge de son frère: Pressing [...] à [...], afin de vérifier sa capacité de conduite sur la durée. L'assuré s'est également renseigné auprès des Taxis Lausannois. Il est très intéressé par cette activité, il possède le permis professionnel pour conduire un taxi mais il doit passer une partie théorique. L'entreprise lui propose de prendre en charge cette formation s'il signe un contrat d'embauche avec elle. Il est à noter que les taxis sont des voitures automatiques qui ne sollicitent pas la jambe gauche. Nous contactons M. W. \_\_\_\_\_ des Taxis Lausannois qui nous explique comment se déroule la formation. Sur une période de 4 mois environ, l'assuré ferait l'apprentissage du règlement OTR, du plan de la ville, des tarifs et de l'utilisation de l'ordinateur de bord. Bien que l'assuré ait déjà le permis professionnel, M. W. \_\_\_\_\_ préconise qu'il fasse quand même de la conduite pour l'apprentissage de la voiture et du trafic. Nous avisons l'OAI et prenons rendez-vous pour le 9.02 à 14h pour la mise en place du projet professionnel. Le 9.02, présentation de la formation par M. W. \_\_\_\_\_ à M. S. \_\_\_\_\_, l'OAI et les EPI, dans les bureaux des Taxis Lausannois. La formation se déroulera sur 3 jours par semaine (du mardi au jeudi) et durant 4 mois (du 2.03 au 30.06.2010), et comprendra: - L'étude du règlement OTR 2. - L'examen topographique de la ville de Lausanne avec l'apprentissage des noms des rues et des établissements publics. - L'étude du règlement intercommunal des taxis. - La connaissance et la manipulation de la radio et de l'ordinateur de bord. - La conduite en ville. - Le réglage du tachygraphe. Cette formation sera donnée et suivie par M. W. \_\_\_\_\_ et permettra à l'assuré de passer l'examen afin d'obtenir le carnet de conducteur. Coût de la formation : 2000 CHF frais de dossier compris. " Selon un compte rendu d'entretien du 16 février 2010, qui a eu lieu notamment en présence de M. W. \_\_\_\_\_ au terme de la formation, l'assuré devait être engagé en contrat de durée indéterminée par les Taxis Lausannois avec un véhicule fourni et un pourcentage sur recette (40 à 47%), les perspectives de gain étant, selon l'employeur de 3'000 fr. au départ, susceptibles d'augmenter en fonction de l'expérience et des horaires. Par communication du 4 mars 2010, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure professionnelle, à savoir la formation de chauffeur de taxi effectuée auprès des Taxis Lausannois, des indemnités journalières notamment étant versées du 1 er mars au 31 août 2010. Cette communication comportait la mention que toute modification de la situation personnelle et économique susceptible de se répercuter sur l'exécution des mesures de réadaptation et le droit aux prestations devait être immédiatement annoncée à l'OAI, en particulier tout changement d'adresse et la cessation prématurée de la formation. Selon un compte rendu d'entretien du 18 mars 2010, les relations entre M. W. \_\_\_\_\_ et l'assuré ont été difficiles et celui-ci n'était plus revenu depuis une semaine. Il a été décidé de mettre un terme à la formation. Il en résultait également que l'assuré avait pris contact avec une nouvelle entreprise, Taxis [...] SA à [...]. Le 9 avril 2010, l'OAI a modifié sa précédente communication compte tenu du changement d'agent d'exécution. Le 13 avril 2010, l'assuré a signé un contrat intitulé "Contrat de formation" avec Taxis [...] SA et Taxis [...] SA dans lequel il s'engageait à suivre avec diligence et régulièrement les cours, conformément aux directives données et que dès l'obtention du carnet communal de conducteur de taxi délivré par la direction de police de [...], il s'engageait à travailler en qualité de chauffeur de taxi pour une durée d'un an au moins. Le Dr X. \_\_\_\_\_ a signé un certificat médical le 7 juillet 2010 attestant d'une incapacité de travail de 100% du 7 au 25 juillet 2010. Il résulte d'un compte rendu d'entretien du 27 septembre 2010, que l'OAI a appris par le Centre social intercommunal de [...] qu'aux dires de l'assuré, son médecin aurait indiqué que la

profession de chauffeur de taxi n'était pas adaptée car il ne pouvait pas rester assis. Dans un compte rendu d'entretien du 11 octobre 2010, il était mentionné notamment ce qui suit: " Confirme que M. S.\_\_\_\_\_ a suivi régulièrement la formation du 13 avril au 10 août 2010, a manqué 2 jours (13 et 20 juillet 2010) pour cause de maladie. A partir du 10 août 2010, M. S.\_\_\_\_\_ ne s'est plus manifesté, sauf le 21 septembre 2010 pour s'excuser par tél de son absence, sans en préciser la raison et sans plus de nouvelle dès lors. Selon M. D.\_\_\_\_\_, M. S.\_\_\_\_\_ dispose des connaissances linguistiques suffisantes pour la formation théorique; seul le manque d'assiduité et de travail à domicile sont responsables de l'échec de sa formation. M. D.\_\_\_\_\_ n'a jamais constaté de difficultés au niveau physique et n'a relevé aucune plainte émanant de l'assuré à ce sujet. " Selon un compte rendu d'entretien du 22 novembre 2010 avec B.\_\_\_\_\_ de Taxis [...] SA, le salaire d'un chauffeur de taxi s'élevait entre 40% et 47% des recettes, vacances comprises. Il était de 3'000 à 4'000 fr. brut par mois pour des horaires de jour et entre 3'500 fr. et 4'500 fr. pour des horaires de nuit. Par an, le salaire était de 50'000 fr. environ. Il résultait d'une fiche interne du 25 novembre 2010 que selon les informations communiquées par l'ancien employeur du recourant, sans atteinte à la santé dans son activité d'aide-marbrier, il aurait reçu un salaire de 25 fr. 50 l'heure pour 45 heures par semaine, soit 54'655 fr. par an. Le 25 novembre 2010, l'OAI a informé le recourant de son intention de rejeter la demande de prestations, ce projet remplaçant le précédent. Il en résultait notamment ce qui suit: " Résultat de nos constatations: Après examen de votre dossier et suite à l'analyse médicale et économique de votre situation, nous constatons que depuis le 24 mars 2006 (début du délai d'attente d'une année) votre capacité de travail est restreinte. En effet, depuis cette date, vous souffrez d'une nécrose de la face antérieure de la cuisse gauche après une injection d'anti-inflammatoire dans le cadre d'une colique néphrétique. La cicatrisation est obtenue après un débridement chirurgical en juin 2006, mais vous vous plaigniez d'un syndrome douloureux régional. Les examens complémentaires, en particulier neurologique, n'ont pas montré d'anomalie. Afin de déterminer la capacité de travail encore exigible dans votre activité habituelle de marbrier et dans une activité adaptée à votre état de santé, le Service médical régional AI (SMR) a estimé qu'une expertise était indispensable. Vous avez été examiné au Centre d'expertise médicale (CEMED), à [...]. Dans ce rapport du 28 juillet 2008, nous constatons que votre status général est normal, Localement, il y a une zone d'hypoesthésie de la face antéro-externe moyenne et distale de la cuisse gauche, et une hyperesthésie cicatricielle. L'examen psychiatrique montre des signes de tristesse en relation avec des facteurs contextuels, mais qui n'atteint pas le seuil diagnostique. L'examen neurologique est une nouvelle fois normal. Les experts mentionnent également des pathologies sans incidence sur la capacité de travail (hypothyroïdie substituée, hépatite B chronique, status après splénectomie, colique néphrétique). En conclusion, ni la durée ni l'intensité du trouble douloureux ne trouvent d'explication organique. Les phénomènes dysesthésiques que vous décrivez ne devraient pas interférer avec l'exercice d'une activité lucrative. Par conséquent, le SMR estime que votre capacité de travail est de 100%, sauf pour une période de 6 mois après l'événement initial. Nous tenons à préciser que l'expertise du CEMED se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cette expertise a dès lors pleine valeur probante. Le SMR estime toutefois que les activités nécessitant un appui direct d'objets ou de machines sur votre cuisse gauche sont à éviter. Afin de vous aider à retrouver une activité adaptée à votre état de santé, nous avons mandaté notre Service de réadaptation professionnelle qui a

organisé d'abord un stage d'évaluation et d'orientation aux Etablissements Publics pour l'intégration (EPI), à [...] du 31 août 2009 au 28 février 2010, puis nous vous avons accordé une formation de chauffeur de taxi auprès des Taxis Lausannois du 01.03.2010 au 31.08.2010 et ceci avec le versement d'une indemnité journalière AI. Cette formation a été interrompue après 2 semaines en raison de problèmes relationnels avec le patron de l'entreprise. A partir du 12 avril 2010, vous avez pu reprendre cette formation – qui devait se dérouler jusqu'au 31 août 2010 – auprès des Taxis [...] SA, à [...]. Au terme de cette formation, vous auriez dû être engagé comme chauffeur régulier mais, sans raison apparente, vous ne vous êtes plus présenté à votre formation le 10 août 2010. Dès lors, nous estimons que vous n'avez pas mis tout en oeuvre pour mener à bien un reclassement professionnel parfaitement adapté à votre profil et à vos limitations fonctionnelles et qui aurait pu vous procurer un revenu annuel de Fr. 50000.-. Sans atteinte à la santé, vous auriez poursuivi votre activité d'aide-marbrier et votre revenu s'élèverait à Fr. 54'655.- selon les informations communiquées par votre dernier employeur. En comparant ces revenus, nous constatons que votre préjudice économique, à l'échéance du délai d'attente d'une année, n'atteint pas 40% au moins, selon le calcul suivant: Comparaison des revenus sans invalidité CHF 54'655.00 avec invalidité CHF 50'000.00 La perte de gain s'élève à CHF 4'655.00 = un degré d'invalidité de 8,52 % Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente. " Le 6 décembre 2010, le Dr X. \_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI notamment ce qui suit: " Encore une fois, je ne suis bien entendu pas d'accord avec les conclusions de ce rapport. En particulier, il aurait été pour le moins justifié qu'une réévaluation neurologique soit effectuée dans un centre spécialisé concernant la douleur et les neuropathies induites par les traumatismes. En effet, dans le rapport CEMED dont j'ai pris connaissance récemment, il est fait état des éléments suivants (page 21): "bien que la lésion soit indubitable, nous ne parvenons pas à expliquer clairement l'importance des phénomènes dysesthésiques ainsi que leur répercussion sur la capacité de travail et les constatations effectuées à l'examen clinique". Il y a donc clairement un élément que l'expert ne parvient pas à expliquer et sur la base duquel la décision négative de l'AI a finalement été prise. C'est bien sur ce point qu'un neurologue spécialisé dans le domaine susmentionné devrait être appelé à donner son avis, et expliquer ainsi le pourquoi de la persistance des douleurs au moindre effleurement, d'un vêtement par exemple. Dans ce sens, le patient a dû à nouveau être pris en charge par le service d'anesthésie du K. \_\_\_\_\_ et les spécialistes de la douleur qui y travaillent. Leur demander leur avis permettrait d'obtenir enfin un avis autorisé. " Dans un avis médical du 20 décembre 2010, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a maintenu son avis. Il a relevé que le fait que les experts ne parvenaient pas à expliquer l'importance des phénomènes dysesthésiques n'avait aucune importance sur l'estimation de la capacité de travail dès lors que ce n'était pas le diagnostic qui faisait l'invalidité, mais bien les limitations fonctionnelles objectives observées par les experts et qu'en l'occurrence, il avait été tenu compte des douleurs à l'effleurement de la cuisse, l'avis SMR du 19 mars 2009 y faisant clairement allusion. Par lettre du 23 décembre 2010, l'OAI a informé le Dr X. \_\_\_\_\_ qu'il maintenait sa position. Le 28 janvier 2011, l'assuré a soutenu que si l'OAI avait procédé à une analyse pertinente des faits, il serait arrivé à la conclusion qu'une rente d'invalidité se devait d'être accordée. Il a notamment allégué n'avoir jamais été à même de rester plus d'une heure sans bouger dans la position assise sous peine de ressentir de fortes douleurs dans sa jambe, raison pour laquelle et après consultation de son médecin, il avait décidé d'interrompre sa formation de chauffeur de taxi. Il a en outre prétendu que les calculs effectués par l'OAI étaient erronés, le salaire qu'il

aurait obtenu à l'issue de son reclassement professionnel lors d'une activité à 100% étant de 3'300 fr. par mois, soit 39'600 fr. par an et non 50'000 fr. comme retenu par l'OAI, ce qui aurait entraîné une perte de gain de 15'055 fr., soit un degré d'invalidité de 27.55%, et de 63.77 % pour une activité professionnelle exercée à 50%, pourcentages déjà élevés compte tenu de son état. Il a produit en plus des certificat et rapport des 2 mars 2009 et 6 décembre 2010 du Dr X.\_\_\_\_\_ mentionnés ci-dessus, un rapport du 6 novembre 2006 du Dr Z.\_\_\_\_\_ ainsi rédigé: " [...] J'ai examiné ce patient à ma consultation et organisé des examens complémentaires radiologiques par IRM et par ultrasons. Ces examens mettent en évidence une probable cicatrice musculaire encore évolutive caractérisée par un oedème de la musculature de la cuisse gauche s'étendant d'une part vers le haut et vers la rotule. Ces éléments me font penser, qu'une incapacité de travail à 100% peut être maintenue jusqu'à la correction physiothérapeutique qui devrait nécessiter environ 6 à 8 semaines ou alors l'incapacité de travail devrait pouvoir être réduite progressivement. " L'OAI, par lettre du 1 er avril 2011, faisant partie intégrante de la décision du même jour, a écrit notamment ce qui suit: " Vous contestez principalement la capacité de travail exigible retenue par le Service médical régional AI (SMR) et le revenu qu'aurait pu réaliser M. S.\_\_\_\_\_ comme chauffeur de taxi. Nous vous rappelons que M. S.\_\_\_\_\_ a été examiné, les 21 mai et 18 juin 2008, dans le cadre d'une expertise au Centre d'Expertise Médicale (CEMED), à [...] par le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, par le Dr P.\_\_\_\_\_, neurologue FMH et par le Dr J.\_\_\_\_\_, psychiatre- psychothérapeute FMH. De l'avis du SMR, si les conclusions du CEMED diffèrent de celles des Drs H.\_\_\_\_\_, Z.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ cela provient du fait que les conclusions d'experts neutres prévalent généralement sur l'avis des médecins-traitants, naturellement enclins à plus d'empathie du fait même de la relation thérapeutique. Dès lors nous maintenons que l'expertise du CEMED se base sur des [examens] complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cette expertise a dès lors pleine valeur probante, ce que confirme le SMR. Durant l'orientation professionnelle effectuée aux EPI, à [...], du 1 er décembre 2009 au 28 février 2010, puis durant son reclassement professionnel comme chauffeur de taxi du 1 er mars 2010 au 10 août 2010, M. S.\_\_\_\_\_ a pu suivre régulièrement sa formation sans absence (sauf 2 jours en juillet 2010). Son employeur, M. D.\_\_\_\_\_ n'a jamais constaté de difficultés au niveau physique et n'a relevé aucune plainte de M. S.\_\_\_\_\_ durant sa formation. Il estime que M. S.\_\_\_\_\_ disposait des connaissances linguistiques suffisantes pour la formation théorique, seul le manque d'assiduité et de travail à domicile sont responsables de l'échec de sa formation et non pas ses problèmes de santé. Par conséquent, nous confirmons que M. S.\_\_\_\_\_ n'a pas mis tout en oeuvre pour mener à bien un reclassement professionnel parfaitement adapté à son profil et à ses limitations fonctionnelles et qui aurait pu lui procurer un revenu annuel de Fr. 50'000.- selon les indications de l'employeur. A noter que selon l'Office fédéral de la statistique, le salaire mensuel brut de chauffeur de taxi est fixé à Fr. 4'557.- en 2008 soit Fr. 54'684.- sur 12 mois. Par surabondance, même si nous admettions le revenu de Fr. 39'600.- tel qu'indiqué dans votre opposition, nous constatons que le préjudice économique de M. S.\_\_\_\_\_ serait toujours inférieur à 40%. En conclusion, nous estimons que vous n'avez pas apporté d'éléments nouveaux susceptibles de modifier notre position. Nous ne pouvons donc que rejeter votre opposition. " A cette lettre, l'OAI a joint la décision du 1 er avril 2011 rejetant la demande de prestations. B. Par acte du 23 mai 2011, S.\_\_\_\_\_ a interjeté recours contre cette décision, concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à son

annulation, à la constatation de son incapacité de travail toujours présente et à la reconnaissance de son droit à une rente entière. Subsidiairement, il a conclu au renvoi de la cause à l'OAI afin qu'il ordonne des mesures professionnelles, son droit de se déterminer sur ces mesures étant au demeurant réservé. Il a en outre requis la comparution personnelle des parties, l'ouverture des enquêtes ainsi qu'une nouvelle expertise médicale. Le 4 juillet 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours. Les parties ont maintenu leurs conclusions dans leurs écritures ultérieures. 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 la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 a LPA-VD). En l'occurrence, le recours a été déposé auprès du tribunal compétent; il convient donc d'entrer en matière sur le fond. 2. La question à examiner est celle du droit du recourant à une rente et à des mesures professionnelles. 3. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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). 4. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les

médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées: VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.2) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.2). 5. a) Le recourant soutient qu'il y a eu violation du droit d'être entendu dès lors que la décision attaquée ne tiendrait pas compte des observations qu'il a faites contre le projet de décision, étant identique à celui-ci. Au terme de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation a été déduite par la jurisprudence du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101), afin que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si

elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, le juge doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (TF 2C\_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (cf. ATF 133 II 235 consid. 5.2; 126 I 97 consid. 2b; 125 III 440 consid. 2a). En l'espèce, la décision attaquée n'est pas identique au projet de décision. En effet, l'OAI a pris en compte les observations du recourant dans sa lettre du 1<sup>er</sup> avril 2011 qui mentionne expressément faire partie intégrante de la décision du même jour. On ajoutera que la décision entreprise permet de comprendre quels éléments ont été retenus par l'intimé. Le recourant a pu ainsi se rendre compte de la portée de la décision et recourir en toute connaissance de cause. Il convient par conséquent de rejeter le grief de violation du droit d'être entendu pour défaut de motivation (art. 29 al. 2 Cst. et 49 al. 3 LPGA; ATF 133 III 445 consid. 3.3 et les références). b) S'agissant de la transmission de l'expertise, elle a été communiquée au Dr X. \_\_\_\_\_ le 7 janvier 2009 et le recourant a ainsi eu la possibilité d'en prendre connaissance et de faire part à l'OAI de ses déterminations. Il n'y a ainsi pas eu non plus de violation du droit d'être entendu pour ce motif comme le soutient à tort le recourant. 6. Le recourant soutient notamment que sa capacité de travail n'excéderait pas 50% au maximum. Il remet en cause les conclusions de l'expertise, l'OAI n'ayant pas tenu compte des avis médicaux divergents. Il estime que le CEMed est partial, les centres d'expertises ayant une tendance notoire selon lui à rendre des décisions prenant en compte les intérêts de l'assurance-invalidité au mépris de ceux des assurés. Il ajoute qu'en retirant son premier projet de décision de novembre 2008, l'OAI aurait dû ordonner une nouvelle expertise. De même pour connaître l'état de santé du recourant en 2011, une nouvelle expertise devait être ordonnée, celle du CEMed étant trop ancienne et pour les motifs invoqués par le Dr X. \_\_\_\_\_. a) S'agissant de la critique contre le CEMed, si le recourant entendait en demander la récusation, il est trop tard pour le faire devant l'autorité de céans. De toute manière, une demande de récusation est irrecevable dès lors qu'un centre d'expertises ne peut être récusé en tant que tel au contraire des médecins appelés à effectuer l'expertise (TFA I 686/05 et 698/05 du 14 juillet 2006; I 193/05 du 7 septembre 2006). On relèvera au surplus que le CEMed est actuellement l'un des cinq centres d'expertises de Suisse romande reconnu par l'OFAS (Office fédéral des assurances sociales) et qui ont conclu un contrat avec cet Office les habilitant à effectuer des expertises pluridisciplinaires en toute indépendance en matière d'assurance-invalidité conformément à l'art. 72 bis RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2012. Ce grief tombe ainsi à faux. b) Dans leur rapport du 28 juillet 2008, les experts ont posé les diagnostics de status post ulcère musculo-cutané à la face antérieure de la cuisse gauche, status post débridement chirurgical en juin 2006 et de syndrome douloureux post-traumatique de la cuisse gauche. Après avoir rappelé qu'un ENMG (électroneuromyogramme) pratiqué par le

Dr C. \_\_\_\_\_ avait permis d'écarter une atteinte significative des nerfs fémoral et fémoro-cutané latéral gauche, les experts ont indiqué que l'examen clinique permettait d'objectiver une plaie non recouverte de tégument à la face antéro-externe de la cuisse gauche entourée d'une zone hypodyssthésique ne correspondant pas typiquement à un territoire d'un tronc nerveux bien que la zone d'hypodyssthésie se rapprochait du territoire du nerf fémoro-cutané latéral dont elle dépassait néanmoins la zone d'innervation. Ils ont exposé que l'examen clinique n'objectivait pas de franc déficit moteur, que l'ensemble des éléments à disposition n'était pas typique d'une irritation radiculaire et n'expliquait pas l'ensemble des plaintes, notamment la zone hypodyssthésique. Les experts ont ainsi relevé que certes la lésion était indubitable, mais que les constatations effectuées à l'examen clinique n'expliquaient pas clairement l'importance des phénomènes dyssthésiques ainsi que leur répercussion sur la capacité de travail. Tenant compte des plaintes du recourant, ils ont retenu une capacité de travail complète dans une activité qui ne soit pas particulièrement astreignante pour le membre inférieur gauche, une activité légère ne nécessitant pas de déplacement important. Dans ses rapports du 6 et 8 novembre 2006, le Dr Z. \_\_\_\_\_ n'a pas retenu d'autres diagnostics. Il a en outre estimé que l'encadrement physiothérapeutique devrait permettre une diminution progressive de l'incapacité de travail dans un délai de six à huit semaines. Dans leur rapport du 6 décembre 2007, les Drs R. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ ne se prononcent pas sur la capacité de travail. Le Dr X. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 4 juillet 2007, a également posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de status post ulcère musculo-cutané de la face antérieure de la cuisse gauche sur injection intramusculaire, status post débridement chirurgical en juin 2006 et syndrome douloureux régional post-traumatique de la cuisse gauche. S'agissant de la capacité de travail, il l'a estimée nulle dans l'activité habituelle et que des mesures professionnelles étaient indiquées, la reprise d'une activité peu exigeante sur le plan physique dépendant des possibilités de traitement de la douleur. Le 8 décembre 2008, ce praticien a écrit à l'OAI notamment que la région ulcérée était présentement, et très vraisemblablement définitivement, hypersensible et hyperalgique, qu'il était illusoire de penser que le recourant puisse reprendre une activité de marbrier ou une activité physique sollicitant le membre inférieur gauche ou pouvant provoquer une irritation cutanée de la région lésée. Il estimait qu'une activité adaptée devait être envisagée afin que le patient puisse reprendre une activité professionnelle à 100%. Le Dr X. \_\_\_\_\_ partageait ainsi l'avis des experts. Le 2 mars 2009, ce praticien a uniquement attesté que l'assuré était en arrêt de travail en raison de douleurs du membre inférieur gauche dont la prise en charge, particulièrement difficile et complexe, allait devoir se poursuivre pour une durée pour l'instant encore indéterminée. Il ne mentionne ainsi pas d'aggravation de l'état de santé du recourant. Il en va de même dans son rapport du 6 décembre 2010. Alors qu'il avait reçu le rapport d'expertise en janvier 2009, ce n'est que près de deux ans plus tard, soit après que l'OAI a fait part de son intention de rejeter la demande du recourant, qu'il estime qu'une expertise neurologique devrait être ordonnée. Il motive ce complément par le fait que les experts ont relevé que les constatations effectuées à l'examen clinique n'expliquaient pas clairement l'importance des phénomènes dyssthésiques ainsi que leur répercussion sur la capacité de travail. Toutefois, après examens du dossier et clinique du recourant, les experts ont ainsi uniquement constaté une divergence entre leurs constatations objectives et les plaintes du recourant. Ils ont néanmoins tenu compte desdites plaintes dans leur appréciation des limitations fonctionnelles de même que le SMR dans son avis du 19 mars 2009. Une nouvelle expertise sur le plan neurologique pour ce motif apparaît ainsi superflue. Le rapport de stage des EPI

du 1<sup>er</sup> mars 2010 mentionne d'ailleurs que dans une activité sans contrainte physique importante, ni port de charges lourdes, la résistance de l'assuré est suffisante, sa dextérité manuelle convenant pour des activités non-fines. Il n'y a en outre aucun rapport médical au dossier mentionnant que le recourant ne pourrait pas rester assis plus d'une heure comme il le prétend. Enfin sur le plan psychiatrique, aucune incapacité de travail n'a été retenue par les experts, ni par les autres médecins qui ont examiné le recourant. Au vu de ce qui précède, l'expertise se fonde sur des examens complets, prend en considération les plaintes du recourant et a été établie en pleine connaissance du dossier. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions des experts bien motivées, l'expertise ne comportant pas de contradictions. Enfin aucun autre rapport médical ne met en doute ses conclusions. Aucune aggravation n'est médicalement établie depuis cette expertise. En conséquence, elle a valeur probante. Il y a dès lors lieu de retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant.

7. Le recourant reproche également à l'OAI, d'une part, de ne pas lui avoir imparti un délai pour terminer la formation de chauffeur de taxi et, d'autre part, de ne pas lui avoir donné l'occasion d'expliquer les circonstances dans lesquelles il avait interrompu cette formation. Il soutient toutefois n'avoir jamais été à même de rester plus d'une heure sans bouger dans la position assise. Il conteste le montant de 50'000 fr. retenu comme salaire annuel d'un chauffeur de taxi, mais allègue qu'il serait de 39'600 fr., la perte de gain concernant une activité à plein temps étant dès lors de 15'055 fr. et le taux d'invalidité de 27.55% ( $(\{54'655 \text{ fr.} - 39'600 \text{ fr.}\} \times 100) / 54'655 \text{ fr.}$ ). a) Comme relevé précédemment, et contrairement à ce que soutient le recourant, il n'y a aucun certificat médical au dossier attestant de l'impossibilité pour celui-ci de rester plus d'une heure assis. La profession de chauffeur de taxi qu'il a lui-même proposée, étant titulaire du permis de conduire adéquat, est une activité légère qui, selon le rapport des EPI, ne sollicite pas le membre inférieur gauche dès lors que ces véhicules sont automatiques. Il s'agit ainsi d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant (à éviter: toutes les activités nécessitant un appui direct d'objets ou de machines sur la cuisse gauche, les longs déplacements ainsi que les montées/descentes d'escaliers ou d'échelles n'étant pas recommandés). Le recourant a d'ailleurs suivi cette formation pendant plusieurs mois du 13 avril au 10 août en étant absent deux jours pour cause de maladie les 13 et 20 juillet 2010 et son employeur n'a jamais constaté de difficultés au niveau physique, ni entendu le recourant se plaindre. Celui-ci n'est plus revenu sans donner d'explications, il s'est uniquement excusé le 21 septembre. Il n'a pas avisé non plus l'OAI de l'interruption de ce stage une vingtaine de jours avant le début de son activité rémunérée au sein de l'entreprise de taxis. Pourtant, la communication du 4 mars 2010, octroyant au recourant la mesure professionnelle en cause, comportait expressément la mention que la cessation prématurée de la formation devait être immédiatement annoncée à l'OAI. Le recourant, qui a interrompu son stage sans en aviser l'OAI et sans motifs, ne saurait faire grief à cet office de ne pas l'avoir interpellé à ce propos, ce d'autant moins qu'il a pu s'exprimer sur cette question après avoir reçu le projet de décision. Quant à enjoindre au recourant de terminer cette formation théorique, cela paraît difficile dès lors que le recourant l'avait pratiquement terminée lorsqu'il l'a abandonnée. De plus, lorsque l'OAI a eu connaissance de cette interruption, c'était bien après le terme prévu pour cette formation. De toute manière, le point de savoir si une mise en demeure s'imposait dans ces circonstances peut demeurer indécis pour les motifs évoqués ci-dessous.

b) Selon l'art. 16 LPGa, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). aa) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_409/2009 du 11 décembre 2009 consid. 3.1; TF I 1034/2006 du 6 décembre 2007 consid. 3.3.2.1). L'année de comparaison des revenus est celle du début du droit à la rente, soit 2007 en l'espèce. A titre de revenu sans invalidité, l'OAI, comme d'ailleurs le recourant, a retenu le montant de 54'655 francs. bb) A titre de revenu avec invalidité, l'OAI a retenu celui que recevrait le recourant dans la profession de chauffeur de taxi, soit 50'000 francs. Ce chiffre se fonde sur les renseignements donnés par Taxis [...] SA le 22 novembre 2010, à savoir de 3'000 à 4'000 fr. brut par mois pour des horaires de jour et entre 3'500 fr. et 4'500 fr. pour des horaires de nuit, soit environ 50'000 fr. par an. Ces renseignements sont nettement plus précis que ceux donnés par la compagnie de Taxis Lausannois le 16 février 2010 et sur lesquels se fonde le recourant. Cette compagnie mentionnait uniquement un salaire de départ de 3'000 fr. par mois susceptible d'augmenter en fonction de l'expérience et des horaires. C'est ainsi à juste titre que l'OAI a retenu le montant de 50'000 francs. Après comparaison des revenus, le taux d'invalidité s'élève ainsi à 8.52% ( $\frac{54'655 \text{ fr.} - 50'000 \text{ fr.}}{54'655 \text{ fr.}} \times 100$ ). cc) Si l'on se fonde sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) pour établir le salaire avec invalidité, l'issue du litige sera la même. En effet, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible – le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; VSI 1999 p. 182). En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, 4'019 fr. par mois, part au 13<sup>e</sup> salaire comprise (ESS 2006, TA1; niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2007 (41,7 heures; La Vie économique, 6-2011, p. 94, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élève à 4'189 fr. 81 ( $4'019 \text{ fr.} \times 41,7 / 40$ ), ce qui donne un salaire annuel de 50'277 fr. 69 en 2006, soit de 51'082 fr. 13 après indexation en 2007 (+ 1.60%). Aux termes de la jurisprudence, il y a lieu, selon les circonstances, d'opérer une déduction sur le salaire ressortant des statistiques pour tenir compte du fait que l'assuré ne peut, en raison de divers facteurs, exploiter sa capacité de travail résiduelle qu'avec des chances de gain inférieures à la moyenne (ATF 126 V 75 ss; VSI 2000 p. 314 ss). La mesure de cette réduction 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) et résulte d'une

évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). En l'occurrence, une réduction de 10% apparaît adéquate compte tenu des limitations fonctionnelles du recourant. Le salaire avec invalidité s'élève ainsi à 45'973 fr. 92. Après comparaison avec le revenu sans invalidité de 54'655 fr., le taux d'invalidité s'élève à 15.88% ( $\frac{54'655 \text{ fr.} - 45'973 \text{ fr.} 92}{54'655 \text{ fr.}}$ ). Le droit à la rente ou à des mesures professionnelles n'est pas ouvert. 8. Au vu de ce qui précède, le dossier de la cause est donc instruit à satisfaction de droit et permet de procéder à l'appréciation du degré d'invalidité du recourant. Dans ces conditions, de nouvelles mesures d'instruction ne seraient pas susceptibles de modifier l'appréciation de la cour de céans, de sorte que les requêtes du recourant en ce sens doivent être rejetées (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3; 130 II 425 consid. 2.1). Au surplus, le recourant et l'intimé ont eu tout loisir de s'exprimer au cours de la présente procédure de sorte que la tenue d'une audience apparaît superflue. 9. En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. a) Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération de l'avance de frais ainsi que la commission d'office d'un avocat (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. En l'occurrence, Me Y. \_\_\_\_\_ a chiffré à 22 heures et 15 minutes le temps consacré à ce dossier pour la période du 8 avril 2011 au 30 juillet 2013. Après examen détaillé, le temps consacré à la réalisation des opérations listées paraît toutefois trop important eu égard à la complexité de la cause. Il ressort en particulier de la liste des opérations que le temps consacré à la préparation du recours est de 12 heures et 40 minutes, auquel s'additionne le temps consacré à la préparation d'un bordereau de 33 pièces, soit 1 heure et 30 minutes. Si l'on peut admettre que le temps consacré aux conférences avec le client équivaut à 2 heures, il n'en va pas de même du nombre d'heures allégué concernant la procédure, soit au total 19 heures (un recours et une détermination). Il en va de même du temps consacré aux lettres et téléphones, estimé à 2 heures. Afin de rapporter les heures dans une mesure raisonnable s'agissant des opérations utiles et nécessaires en l'espèce, le temps total consacré doit être réduit à 15 heures. C'est ainsi un montant de 2'700 fr. (15 heures x tarif horaire de 180 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées dès le 8 avril 2011, plus TVA à 8% d'un montant de 216 francs. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). En l'occurrence, c'est un montant forfaitaire de 100 fr., TVA à 8% en sus, qui doit être reconnu à ce titre. L'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 3'024 francs. La rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement supportés par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service de justice et législation de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RS 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure. b) Le présent arrêt est rendu sans dépens, le recourant n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des

assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 1<sup>er</sup> avril 2011 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 Y. \_\_\_\_\_, conseil du recourant S. \_\_\_\_\_, est arrêtée à 3'024 fr. (trois mille vingt-quatre francs), TVA comprise. 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. VI. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Y. \_\_\_\_\_ (pour S. \_\_\_\_\_) ■ 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.