

## **VD\_GERICHTE ZD13.039506 vom 21. April 2015**

VD Tribunal cantonal, 2015-04-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD13.039506](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.039506)

FR: VD\_GERICHTE ZD13.039506 du 21 avril 2015

IT: VD\_GERICHTE ZD13.039506 del 21 aprile 2015

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

Quelle a été la durée totale de l'hospitalisation de Monsieur G. \_\_\_\_\_, respectivement de son incapacité de travail ? Hospitalisation initiale du 08.10.2010 au 06.11.2010. Nouvelle hospitalisation pour l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du 09.09.2011 au 12.09.2011. Par rapport à son incapacité de travail, selon mes informations, le patient n'a jamais pu reprendre le travail depuis son accident.

#### **E. 3**

Les risques d'infirmité mineure et de diminution de capacité fonctionnelle, évoqués dans votre rapport du 11.11.2010 se sont concrétisés ? Le patient présente un cal vicieux et une arthrose post traumatique sous-talienne au niveau de son arrière-pied droit. Ceci est responsable des gênes douloureuses. Si le chaussage orthopédique ne soulageait pas suffisamment le patient, une reprise chirurgicale sera éventuellement indiquée.

#### **E. 4**

Postérieurement à l'établissement de votre premier rapport, de nouveaux traitements/de nouvelles interventions ont-ils été entrepris ? Qu'en sera-t-il dans le futur ? Cf 2 et 3.

#### **E. 5**

Monsieur G. \_\_\_\_\_ a-t-il été suivi au CHUV concernant sa blessure à l'œil (projectile reçu au cours de l'altercation précitée) ? Si oui, quelles sont finalement les conséquences de cette blessure sur l'acuité visuelle du patient ? Le patient a bénéficié d'un suivi ophtalmologique durant son hospitalisation en octobre et début novembre 2010. En quittant le CHUV, un rendez-vous à l'Hôpital [...] à [...] a été organisé. Nous ne sommes pas au courant des suites de la prise en charge ophtalmologique.

#### **E. 6**

Avez-vous d'autres remarques à formuler ? Rapport établi sur dossier." L'assuré a produit également un rapport du 26 mars 2013 de l'hôpital ophtalmique [...] établi par le Dr P. \_\_\_\_\_, chef de clinique et la Dresse C. \_\_\_\_\_, médecin assistante, selon lequel l'assuré a consulté cet établissement en urgence le 22 mars 2013 en raison d'une douleur oculaire droite accompagnée d'une hémicrânie droite d'allure continue

- 7 - ainsi que de nausées et de photophobies. L'assuré avait l'impression que ses douleurs apparues après son accident, hebdomadaires et qui duraient quelques heures parfois toute la journée, avaient augmenté depuis deux à trois semaines dans leur intensité et leur rythme. Les médecins concluaient leur rapport ainsi : "M. G. \_\_\_\_\_ présente des douleurs oculaires avec une hémicrânie droite d'allure migraineuse. Néanmoins en raison de l'existence d'un corps étranger décrit comme métallique dans l'orbite droite, le patient sera convoqué à la consultation spécialisée de la chirurgie de l'orbite chez le Dr K. \_\_\_\_\_. En

effet, une irritation mécanique ou une toxicité systémique induite par le corps étranger pourrait être à l'origine des douleurs. Dans l'intervalle, nous vous remercions d'introduire un traitement antalgique adéquat. Merci de ne pas procéder à une IRM cérébrale en raison de l'origine métallique du corps étranger." Dans un rapport du 21 mai 2013, le Dr N.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de cal vicieux du calcanéum droit, relevant que l'assuré était toujours fortement gêné par ses douleurs au niveau de son arrière-pied droit. Une prise en charge chirurgicale par une arthrodèse sous-talienne par voie postéro-latérale reprenant une partie de l'ancienne cicatrice était proposée à l'assuré. Dans un avis du 17 juin 2013, le Dr W.\_\_\_\_\_ a relevé que les rapports produits par l'assuré n'apprenaient rien de plus qui n'était déjà connu, observant en particulier que le rapport du 11 mars 2013 ne se prononçait pas sur une capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée et que le rapport du 25 janvier 2012 de l'Hôpital [...] ne mentionnait aucune incapacité de travail en relation avec les lésions oculaires. Par décision du 19 juillet 2013, l'OAI a confirmé son précédent projet dans le sens du rejet de la demande. Dans un courrier du même jour, l'Office expliquait se fonder sur les conclusions de l'examen clinique du 10 septembre 2012 pratiqué par le Dr B.\_\_\_\_\_. B. Par acte du 12 septembre 2013, G.\_\_\_\_\_, représenté par Me Sébastien Pedroli, a recouru devant la Cour des assurances sociales du

- 8 - Tribunal cantonal contre la décision précitée en concluant avec dépens et principalement à l'octroi de trois-quarts de rente dès le 8 octobre 2010 et, subsidiairement, à l'annulation de la décision litigieuse, une expertise pluridisciplinaire devant être mise en œuvre. Il conteste en substance l'évaluation de sa capacité de travail, respectivement celle de son degré d'invalidité, résultant des conclusions du rapport d'examen clinique orthopédique du 13 septembre 2012 réalisé au SMR. Il expose ainsi ne pas être en mesure de travailler à 100% dans une activité adaptée tel que cela a été retenu par le Dr B.\_\_\_\_\_ ceci en raison des limitations fonctionnelles relevées par ce même médecin. A suivre le recourant, les conclusions du Dr B.\_\_\_\_\_ quant à l'exigibilité d'une telle activité adaptée à temps plein ne seraient pas étayées. En outre, le rapport d'examen en question n'examinerait pas l'exigibilité sous l'angle d'une activité exercée à temps partiel, éventuellement plus accessible. Procédant d'une approche purement théorique, les conclusions du Dr B.\_\_\_\_\_ ne rendraient pas compte à elles seules de la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée à ses handicaps. Cela étant, G.\_\_\_\_\_ soutient ainsi bénéficier d'une capacité de travail résiduelle de 50% maximum dans une activité adaptée à l'ensemble de ses limitations fonctionnelles, étant précisé que seule une nouvelle expertise permettrait d'affiner la détermination du taux d'activité raisonnablement exigible. Compte tenu de l'abattement de 10% retenu par l'OAI dans la décision attaquée, le recourant considère présenter un degré d'invalidité de 60% lui ouvrant le droit à trois-quarts de rente. Par décision du 27 septembre 2013 du Juge instructeur, le recourant s'est vu accorder le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 12 septembre 2013, Me Sébastien Pedroli étant désigné en tant qu'avocat d'office. Dans sa réponse du 31 octobre 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Au terme d'un second échange d'écritures, les parties ont indiqué maintenir leurs positions respectives.

- 9 - Le 22 juillet 2014, l'OAI a adressé au tribunal, un rapport du 11 juillet 2014 établi par le Dr X.\_\_\_\_\_, chef de clinique dans le Service d'orthopédie et traumatologie du CHUV, rédigé comme suit : "Diagnostics - Antécédents – Interventions • Séquelles de fracture du calcanéum droit avec: - Status post ostéotomie correctrice de fermeture plantaire

et d'abaissement de la grande tubérosité calcanéenne, arthrodèse et greffe de la sous-talienne, résection du conflit infra-malléolaire externe et allongement percutané du tendon d'Achille à droite le 23.8.2013. Anamnèse Je revois le patient après qu'il ait bénéficié de chaussures orthopédiques de série avec lits plantaires sur mesure qu'il a effectuées chez [...]. Il est satisfait de l'évolution avec le chaussage. Cependant la semelle le serre un peu trop dans ses chaussures et il va donc aller les faire réadapter. L'évolution radioclinique est satisfaisante avec légère progression du cal sur les rx du jour. Le patient a toutefois un périmètre de marche limité à 20 à 30 minutes en terrain plat. Douleurs en terrain irrégulier, à la montée et à la descente. Status Marche avec une légère boiterie d'épargne du MID [membre inférieur droit]. Pointe-talon difficile en bipodal, impossible en monopodal à droite. Cicatrice calme. Hyperalgie en regard du tendon d'Achille. Tinel négatif en regard de la cicatrice externe et hypoesthésie du territoire du nerf sural. Mobilité de la cheville en F/E conservée. Problèmes et attitude Pour rappel le patient avait vu la Dresse A. \_\_\_\_\_ qui avait prescrit de la Vitamine D que le patient a stoppé depuis deux mois suite au contrôle chez son médecin traitant. Le traitement de fond reste en réserve en cas d'évolution défavorable. Le patient se plaint également de lombalgies basses non déficitaires et non irradiantes suite à un déséquilibre à la marche. Je lui prescris

#### **E. 9**

séances de physiothérapie pour école du dos, tonification musculaire para-vertébrale lombaire et enseignement d'exercices. Le patient est au social depuis l'accident de 2010. Le patient est en discussion avec son avocat car il est toujours dans l'attente de jugement et apparemment l'AI aurait refusé une reconversion professionnelle chez ce patient qui a travaillé comme coiffeur avant l'accident. A notre avis du point de vue médical il nous paraît clair que le patient ne pourra plus travailler dans une activité physique, ou qui

- 10 - nécessite d'être debout toute la journée mais plutôt dans une activité avec positions alternées assise-debout. Nous laissons le soin au médecin-conseil de l'AI de réévaluer la situation. A noter que ce patient est très motivé et ne souhaite pas continuer d'être aux services sociaux et aimerait pouvoir retravailler. Suites de prise en charge Prochain contrôle radio-clinique dans 6 mois." L'intimé note que dans l'éventualité où l'on devrait considérer que les faits rapportés dans ce rapport étaient antérieurs à la décision querellée, il faudrait remarquer que le médecin estime que son patient ne pourrait plus travailler dans une activité physique ou nécessitant d'être debout toute la journée et qu'il le pourrait dans une activité avec positions alternées assise-debout. L'OAI considère que ce faisant, le médecin confirme la possibilité du recourant de mettre à profit sa capacité de travail dans le cadre d'un poste en accord avec la problématique de santé. L'intimé remarque toutefois que le Dr X. \_\_\_\_\_ ne mentionne ni la proportion de l'exigibilité qu'il reconnaît ni le moment à partir duquel ces prescriptions commencent à être appliquées, démontrant ainsi le caractère peu précis du document. Le 16 septembre 2014, le Juge instructeur a requis de la part de J. \_\_\_\_\_, assureur-accidents du recourant, production de son dossier. Il ressort en particulier de ce dossier que G. \_\_\_\_\_ a été opéré au Service d'orthopédie et traumatologie du CHUV le 28 août 2013 en raison d'une séquelle de fracture du calcaneus droit. Le 1er décembre 2014, l'intimé a réitéré ses conclusions tendant au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision litigieuse. Il a produit en ce sens, un avis du 22 novembre 2014 au terme duquel le Dr W. \_\_\_\_\_ relève qu'il existe une capacité de travail totale du recourant dans une activité adaptée, soit dans un poste léger, voire sédentaire à semi-sédentaire en position assise dans le tertiaire. E n d r o i t :

- 11 - 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre 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. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). A teneur de l'art. 95 LPA-VD, le recours au Tribunal cantonal s'exerce dans les 30 jours dès la notification de la décision ou du jugement attaqués. c) Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes d'été (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA), contre la décision rendue le 19 juillet 2013 par l'OAI. En outre, le recours respecte les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA). S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (cf. exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p.

- 12 - 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD). 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 (cf. ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, la question litigieuse porte sur l'évaluation de l'état de santé, respectivement de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, du recourant des suites de son accident survenu le 8 octobre 2010 et partant, sur son droit éventuel à une rente depuis lors. 3. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 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.

- 13 - b) 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). Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. 4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. 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\_444/2014 du 17 novembre 2014, consid. 3.1, 9C\_83/2013 du 9 juillet 2013, consid. 4.2, 9C\_58/2013 du 22 mai 2013, consid. 3.1 et 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). 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. 3c et 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 9C\_444/2014 du 17 novembre 2014, consid. 3.1, 9C\_58/2013 du 22 mai 2013, consid. 3.1, I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2). b) 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

- 14 - lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 8C\_624/2014 du 19 décembre 2014, consid. 5.4.2, 8C\_368/2013 du 25 février 2014, consid. 4.2.4, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C\_1001/2012 du 29 mai 2013, consid. 2.2 et 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante 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 et la référence citée; TF 8C\_624/2014 du 19 décembre 2014, consid. 5.4.2, 9C\_205/2013 du 1er octobre 2013, consid. 3.2, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013, op. cit., 9C\_66/2013 du 1er juillet 2013, consid. 4, 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C\_658/2008 et 8C\_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1). Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, selon la Haute Cour, 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 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008).

- 15 - c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Il a notamment précisé que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité dès lors qu'il en remplissait les critères posés par la jurisprudence (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C\_197/2014 du 3 octobre 2014, consid. 4.2 et 9C\_275/2014 du 21 août 2014, consid. 3). Toutefois, en cas de doute sur la pertinence de ses constatations, compte tenu des divergences avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe doit être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGa (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). 5. a) Le recourant conteste l'évaluation de sa capacité de travail dans l'exercice d'une activité adaptée, soit 100% dès le 8 avril 2011, telle que retenue par l'intimé. Il estime au contraire qu'aucune activité professionnelle, à tout le moins à 100%, n'est exigible de sa part. Contestant les conclusions du rapport d'examen clinique orthopédique du

### **E. 13**

septembre 2012 du Dr B. \_\_\_\_\_ p. 3 et 4) ; il contient une anamnèse et fait état des plaintes du recourant (cf. rapport d'examen clinique orthopédique du 13 septembre 2012 du Dr B. \_\_\_\_\_ p. 2 et 3). Ses conclusions sont claires et convaincantes (cf. rapport d'examen clinique orthopédique du 13 septembre 2012 du Dr B. \_\_\_\_\_ p. 4 et 5); elles ne sont au demeurant pas contestées par le recourant sur le plan médical, ce dernier se bornant à alléguer que ce rapport ne serait pas étayé quant à l'exigibilité d'une activité adaptée à temps plein six mois après son accident. Il n'apporte aucun élément objectif sur le plan médical de nature à démontrer que tel ne pourrait pas être le cas si ce n'est d'affirmer qu'une activité avec les limitations fonctionnelles dégagées n'est pas possible à temps complet, ce qui s'avère évidemment insuffisant. A l'aune de ces considérations, on doit donc admettre la valeur probante du rapport d'examen clinique orthopédique du 13 septembre 2012 du Dr B. \_\_\_\_\_, laquelle est comparable à la valeur probante d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité dès lors qu'il en remplit les critères posés par la jurisprudence (cf. consid. 4b et c supra). c) En se fondant sur l'ensemble des rapports médicaux au dossier, et en particulier l'examen clinique pratiqué le 10 septembre 2012 au SMR, la Cour de céans considère en définitive au degré de

- 18 - vraisemblance prépondérante applicable que le recourant présente des affections chroniques (lombalgies chroniques [status après fracture de L1 type burst sans troubles neurologiques, traitée par fixateur interne D12 à L2] T91.1 et douleurs persistantes de l'arrière-pied droit [status après fracture communitive du calcaneum] T93.8) ayant pour incidence un certain nombre de limitations fonctionnelles (cf. consid. 5b supra) qui sont incompatibles avec la poursuite de sa profession habituelle de coiffeur. En revanche depuis le 8 avril 2011, soit six mois après l'accident, le recourant est à même d'exercer à 100% une activité professionnelle adaptée, à savoir un poste léger, voire sédentaire à semi-sédentaire

en position assise dans le tertiaire, sans formation ou qualification professionnelle particulière. Il est ici le lieu de préciser que l'affection présentée par le recourant à son œil droit (cicatrice chorioretinienne) prise en compte par le Dr B. \_\_\_\_\_ lors de son examen n'a pas d'incidence sur la capacité de travail, aucun document n'attestant à cet égard d'une quelconque incapacité de travail du recourant; le rapport du 26 mars 2013 des médecins de l'hôpital ophtalmique [...] mentionne uniquement une future convocation de l'assuré à la consultation spécialisée de la chirurgie de l'orbite en raison des douleurs présentées à la fin mars 2013 avec une hémicrânie droite d'allure migraineuse. Or, le rapport du 25 janvier 2012 de ce même hôpital qui ne mentionne pour sa part aucune incapacité de travail en relation avec les lésions oculaires retenues, conserve toute son actualité. L'appréciation contraire dont se prévaut le recourant jusqu'à la date de la décision querellée, infondée, ne peut par conséquent être suivie. Cela étant, en date du 8 octobre 2011, soit au terme du délai légal d'attente d'une année depuis son accident (cf. art. 28 al. 1 LAI), la capacité de travail du recourant est totale dans une activité adaptée sur le plan orthopédique. Dès lors que les revenus sans et avec invalidité sont basés sur une table statistique identique (en l'occurrence l'ESS [Enquête suisse sur la structure des salaires] 2010, TA 1; niveau de qualification 4 adaptée pour 2011), il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En

- 19 - pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (cf. TFA I 418/2003 du 23 septembre 2003, consid. 6.2 et la référence). En l'espèce, compte tenu d'une incapacité de travail de 0%, avec réduction de 10% – taux d'abattement non contesté –, il résulte un préjudice économique du recourant correspondant à un degré d'invalidité de 10% qui ne lui ouvre finalement pas le droit à trois-quarts de rente AI (cf. consid. 3b supra). d) Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête d'expertise pluridisciplinaire du recourant doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 8C\_285/2013 du 11 février 2014, consid. 5.2 et 9C\_748/2013 du 10 février 2014, consid. 4.2.1). 6. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA- VD). 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 francs (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient par conséquent d'arrêter les frais de justice en l'espèce à 400 francs.

- 20 - b) Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais de justice, ainsi qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure seront supportés par le canton provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement

payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure. S'agissant du montant de l'indemnité – laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ [règlement cantonal vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010, RSV 211.02.3]) –, Me Sébastien Pedroli, conseil d'office du recourant, a produit une liste de ses opérations pour un total de 1'902 fr. 30 TVA comprise (dont 09h.25 de travail d'avocat et 96 fr. 40 de débours). Il y a lieu de rémunérer ces heures au tarif usuel (soit 09h.25 à 180 fr./heure au tarif de l'avocat) et d'y ajouter les débours, par 96 fr. 40 (art. 3 al. 1 RAJ) ainsi que la TVA de 8%, ce qui représente un montant total de 1'902 fr. 30. c) Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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