

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 octobre 2018

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Métral et Mme Dessaux, juges
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

Z. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me David Métille, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 17 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], électricien sans formation, ressortissant A._____ et père de jumelles nées en [...] et d'un fils né en [...], travaillait en qualité de maçon pour le compte de T._____ au taux de 100% depuis octobre 2008 ; il percevait un salaire mensuel de 5'300 fr., servi treize fois l'an, plus 400 fr. d'allocations familiales. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la caisse).

Selon la déclaration de sinistre du 21 février 2011, le 17 février 2011, vers 15h30, il était tombé d'un escabeau (échelle double à 4 marches) d'une hauteur de 80 centimètres et s'était fracturé la malléole intérieure droite. L'assuré a séjourné dans le Service de traumatologie du G._____ (ci-après : G._____) du 17 février au 5 mars 2011, date de son retour à domicile. Les Drs C._____ et B._____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont posé le diagnostic principal de fracture type Maisonneuve de la cheville droite avec arrachement osseux de la syndesmose tibiale (Chaput). Quant à la causalité/étiologie, ces médecins ont indiqué « chute d'une hauteur d'env. 2 m. » et ont prescrit un arrêt de travail du 17 février au 13 avril 2011 (rapport du 8 mars 2011).

La fracture a été réduite et ostéosynthésée le 28 février 2011.

La CNA a pris le cas en charge.

Lors d'un entretien le 9 mars 2011 avec un case manager de la CNA, l'assuré a expliqué être monté sur une échelle métallique de 1,80 mètre à 2 mètres du sol pour poser une poutrelle avec un fil de plomb et, sans s'expliquer pour quelle raison, il était tombé. Il a ressenti immédiatement de fortes douleurs sur la jambe droite, remontant jusqu'à la hanche. Il a immédiatement crié et ses collègues sont arrivés.

L'ablation des vis péronéo-tibiales a eu lieu le 6 mai 2011.

Le 11 août 2011, les Drs W._____ et S._____, spécialistes en ophtalmologie auprès de I._____, ont relevé avoir constaté une petite hémorragie pré-rétinienne para-maculaire de l'œil gauche possible liée à une manœuvre de Valsalva. La lésion avait toutefois présenté une résolution spontanée et le 13 avril 2011, l'examen ophtalmologique était dans les limites de la norme.

Par rapport du 31 août 2011 à la CNA, les Drs D._____ et F._____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont indiqué que l'évolution était lente, le patient ayant probablement développé un Sudeck qui avait été traité par Micalcic et anti-inflammatoires.

L'assuré a séjourné à la H._____ (ci-après : H._____) du 16 novembre au 20 décembre 2011. Le 5 janvier 2012, le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs persistantes de la cheville droite dans le contexte d'un CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) de type II a été posé par les Drs R._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, et P._____, médecin assistant auprès de la H._____. A cette occasion, ces médecins ont relevé que dix mois après le traumatisme le patient présentait actuellement un CRPS de type II du membre inférieur droit, qui touchait principalement la cheville, provoquait une symptomatologie douloureuse difficile à maîtriser par les médicaments, chez un patient qui semblait psychologiquement fragile, et présentait une symptomatologie anxio-dépressive. La situation serait réévaluée à la consultation orthopédique du pied du 19 janvier 2012 chez le Dr Y._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au G._____. La physiothérapie serait poursuivie dans le but de maintenir les fonctions actuelles du membre inférieur droit.

L'assuré a déposé le 12 décembre 2011 une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Le 3 février 2012, l'assuré a subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse (ci-après : AMO) du tibia droit en raison d'une gêne du matériel, ainsi qu'une cure d'ongle incarné du bord latéral de l'hallux droit (cf. protocole opératoire du 17 février 2012).

Le 25 juillet 2012, la Dresse L._____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics de CRPS type II (algoneurodystrophie) de la cheville droit post-fracture Maisonneuve avec arrachement du Chaput traitée par réduction ouverte et ostéosynthèse le 28 février 2011 et de status post-ablation du matériel d'ostéosynthèse (vis péronéo-tibiale en mai 2011) et ablation du matériel du tibia distal en février 2012. L'évolution était extrêmement pénible malgré le traitement médicamenteux, la physiothérapie et l'ergothérapie. Le pronostic était dans l'immédiat favorable, mais ce type de complication post-traumatique pouvait durer minimum deux ans.

L'assuré a été examiné le 28 août 2012 par le Dr M._____, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, qui a retenu ce qui suit dans son rapport du même jour :

« Le patient, qui s'exprime maintenant assez bien en français, dit que sa cheville droite a beaucoup enflé il y a un mois et demi. La Dresse L._____ lui a conseillé de marcher en décharge avec deux cannes anglaises. Actuellement, il a toujours passablement de douleurs et il souffre aussi de l'autre cheville. Le matin, il a de la peine à se mettre en route. Il a également des douleurs nocturnes lorsqu'il se retourne dans son lit.

A l'examen clinique, la marche s'effectue sans déroulement du pas mais sans véritable boiterie.

Objectivement, la cheville droite, qui a une morphologie normale, est à peine élargie mais il n'y a pas de franche tuméfaction, pas d'hyperthermie, pas de discoloration ni d'hyper-sudation. La mobilisation serait extrêmement douloureuse en fin de course, dès qu'on force un peu, avec un seul doigt. Le patient décrit également une allodynie péri-cicatricielle mais il n'y a pas de signe de Tinel. L'arrière-pied est normo-axé et normo-fonctionnel. La mobilité de la tibio-talienne a un peu progressé. La sous-talienne et la médiotarsienne restent légèrement enraidies.

A noter que le patient se dit épuisé par cet examen succinct, restant allongé au motif de récupérer.

Cette attitude laisse un peu songeur, d'autant que les constatations objectives sont finalement assez minces, contrastant avec l'ampleur des douleurs annoncées et celle du handicap affiché. »

Après avoir examiné l'assuré le 5 octobre 2012, le Dr J._____, spécialiste en neurologie, a fait l'appréciation suivante du cas dans son rapport du 8 octobre 2012 :

« Le présent bilan n'apporte pas d'explication neurologique aux plaintes persistantes exprimées par M. Z._____.

Cliniquement, je n'ai pas observé de syndrome lombo-vertébral significatif ni de signes d'irritation/déficit radiculaire. J'ai par contre retrouvé bien entendu une importante amyotrophie de l'ensemble du membre inférieur droit d'origine orthopédique/inutilisation plutôt que de nature neurologique compte tenu de l'ensemble du bilan pratiqué. Les réflexes tendineux m'ont paru bien préservés. Pour ce qui est de la force musculaire, bien que le patient signale une impossibilité de flexion distale du gros orteil droit, je n'ai pas observé de franche faiblesse contre résistance de la flexion plantaire de ce dernier et je n'ai pas également mis en évidence d'autres déficits moteurs. Quant à l'examen de la sensibilité, ce dernier a été caractérisé par une hyperesthésie tactile et douloureuse globale de la jambe et du pied droits ne correspondant pas à un territoire radiculaire ou tronculaire, l'hypoesthésie du dos du pied droit notée préalablement n'étant plus retrouvée actuellement. La seule anomalie a été un discret signe de Tinel sur le nerf tibial postérieur au passage du tunnel tarsien droit.

Comme convenu, j'ai encore pratiqué un ENMG [électroneuromyogramme] du membre inférieur droit. Compte tenu de mouvements incomplets, cet examen ne révèle pas de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés au niveau du membre inférieur droit et dépendant des myotomes L3 à S1 ainsi que des nerfs SPI et SPE. J'ai également pratiqué un bilan électroneuro-graphique des 2 nerfs précités qui ne révèle pas d'atteinte actuellement significative du SPE/fibulaire sur tout son trajet depuis le creux poplité, l'atteinte notée préalablement du fibulaire superficiel ayant disparu. Cet examen ne révèle pas d'atteinte significative du SPI droit sur tout son trajet depuis le creux poplité notamment au passage du tunnel tarsien postérieur.

En conclusion, les troubles présentés actuellement par M. Z._____ me paraissent essentiellement d'ordre orthopédique/post-Südeck avec une hyperpathie et des déficits fonctionnels ne trouvant pas d'explication neurologique.

Sur le plan thérapeutique symptomatique, je pense que le traitement d'Amitriptyline et de Lyrica proposé dans le service d'orthopédie et de traumatologie est correct. Il me paraît nécessaire d'éviter toutes les mesures invasives voire même semi-invasives.

Même s'il n'existe pas d'anomalies neurologiques significatives justifiant une incapacité de travail, il paraît bien entendu nécessaire de discuter avec l'Office AI d'une réadaptation du patient en raison des problèmes orthopédiques et du type d'activité exercée jusqu'ici. »

Par rapport du 12 décembre 2012 à la CNA, la Dresse L._____ a relevé que sur le plan subjectif, l'assuré était toujours dans le registre douloureux, les médicaments antidépresseurs ayant été stoppés après quelques jours en raison des effets secondaires, le patient ne prenant que du Co-Dafalgan. Cliniquement, la cheville présentait un discret œdème, mais dans l'ensemble elle était beaucoup plus calme que quelques mois auparavant. La mobilisation était douloureuse, surtout en inversion/éversion, le patient n'arrivant pas à se mettre sur la pointe des pieds ou sur les talons en raison des douleurs. Devant ce tableau clinique, la Dresse L._____ avait décidé de refaire une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la cheville droite, effectuée le 14 novembre 2012. Il y avait vraisemblablement un remaniement inflammatoire de l'extrémité distale du tibia qui évoquait une pseudarthrose, diagnostic qui n'était pas retenu par tous les radiologues avec qui le cas avait été discuté. Il y avait également la présence d'une tendinopathie du tibia postérieur, mais plus de signe d'algodystrophie sur cette image.

Dans son rapport du 4 février 2013 à la CNA, la Dresse L._____ a constaté qu'en ce qui concernait la rééducation, le cas de l'assuré était un échec.

L'assuré a été examiné le 1^{er} mars 2013 par le Dr U._____, spécialiste en chirurgie et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport à la CNA du 5 mars 2013, ce médecin a en particulier relevé ce qui suit :

« L'arthro-Ct (on a jamais besoin d'arthrographie dans le domaine de la cheville et du pied ; un Ct est largement suffisant) démontre une arthrose tibio-fibulaire sévère avec une incongruence tibio-fibulaire au niveau syndesmotique avec un diastasis et une arthrose en regard du Chaput.

C'est une situation post-traumatique délicate. Dans mon expérience, ces fractures du Chaput évoluent de façons défavorables, surtout chez les travailleurs de force.

A ce stade je ne vais pas d'autres solutions que celle de pratiquer une arthrodèse tibio-talienne et tibia-fibulaire distale.

Toutefois il faut être conscient qu'il y a une partie des douleurs qui s'expriment le long du nerf tibial. Ces douleurs sont en relation soit avec les broches obliques qui ont été introduites et qui font

protrusion en postéro latéral, soit avec l'étirement traumatique lié à l'accident lui-même.

Mon pronostic reste difficile à déterminer. Je pense que seule l'arthrodèse comporte l'élément le plus prédictif parmi les autres possibilités de prise en charge. »

Par avis du 8 octobre 2013, le Dr Q._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a estimé que la reprise de l'activité antérieure de maçon lui semblait à l'avenir bien compromise.

Le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a examiné l'assuré le 9 octobre 2013. Dans son rapport du 14 octobre 2013 au Dr M._____, il a notamment observé ce qui suit :

« Je n'ai pas besoin de vous rappeler le contenu de ma dernière lettre dans laquelle je mentionnais que j'avais organisé une infiltration test en deux temps (tibio-talienne et tibio-fibulaire distale) à l'Hôpital [...] pour avoir les idées plus claires en les combinant avec le Spect-CT.

M. Z._____, pour des raisons que j'ai encore de la peine à comprendre, ne s'est tout simplement pas rendu à ma convocation pour l'infiltration.

Grâce au courrier de mon collègue le Dr U._____ j'apprends qu'une infiltration test de la cheville a eu lieu chez lui le 16.09.2013 sans que cette infiltration ne donne de résultat positif.

Discussion

D'une part on a fortement envie d'aider ce patient qui souffre manifestement beaucoup et ne peut toujours pas se séparer de ses cannes. D'autre part le résultat de l'infiltration test est, comme l'écrit le Dr U._____, relativement frustrant. Une autre source de frustration est le tourisme médical conduit par ce patient. La troisième source de frustration est le caractère diffus des douleurs.

En résumé je partage l'avis du Dr U._____ pour dire que l'intervention la plus prédictible, à terme, est une arthrodèse tibio-talienne et tibio-fibulaire distale. Je me demande toutefois si l'on ne devrait pas tenter, dans un premier temps, une résection de la zone conflictuelle uniquement ce qui ne nous couperait pas les ponts pour une arthrodèse ultérieure.

Avant d'aller de l'avant je vais encore en parler avec le Dr U._____ qui nous lit en copie. Par la suite il faudra encore décider qui prendra en charge ce patient dont le comportement, jusqu'ici, n'est pas forcément encourageant et ne laisse pas augurer de suites faciles.

De votre côté, vous êtes fort de plusieurs éléments maintenant, je vous serais aussi reconnaissant de nous aider en convoquant une nouvelle fois le patient pour vous faire une idée de la situation puis, conjointement, entre le Dr U._____ vous et moi, nous pourrons

probablement proposer au patient la solution la plus prédictible possible. »

Dans son rapport à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) du 25 novembre 2013, le Dr N._____ a relevé que la situation de l'assuré n'était pas stabilisée, une reprise de l'activité antérieure dans la construction n'étant pas envisageable pour l'instant et peu probable à long terme.

Le 16 décembre 2013, le Dr M._____ a adressé le courrier suivant au Dr N._____ :

« Dans l'intervalle, faisant suite à celui du 14.10.2013, j'avais prévu de revoir M. Z._____ à l'agence.

Actuellement, il ne va pas du tout avec, au premier plan, des symptômes évocateurs d'un trouble dépressif majeur chez un patient pour lequel l'accident et ses suites constituent une véritable blessure narcissique.

Il va sans dire que le patient est totalement incapable de se projeter dans l'avenir.

Dans ces conditions, je suis persuadé que le résultat subjectif d'une arthrolyse ou de quelque intervention que ce soit ne pourra être que catastrophique.

A noter également que le patient, qui n'a même pas de médecin traitant, a beaucoup de peine à admettre qu'il aurait besoin d'un soutien psychologique et d'une médication psychotrope.

Je vais quand même demander à notre psychiatre-conseil, le Dr X._____ de le voir à l'agence.

Je vous tiendrai au courant. »

Le Dr X._____, psychiatre conseil auprès de la CNA, a examiné l'assuré le 25 février 2014 et a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2). Il a fait l'appréciation suivante du cas :

« L'examen de ce jour a mis en évidence un trouble dépressif sévère qui se manifeste par des troubles du sommeil, de la libido, une tristesse importante, une asthénie, une anhédonie et des troubles de l'attention et de la concentration.

Cette atteinte est niée par l'assuré dans un premier temps. Mais le fait qu'au milieu de l'entretien il se soit effondré en larmes l'a contraint à reconnaître qu'il allait psychiquement moins bien qu'il ne le prétendait.

Ce trouble dépressif est lien de causalité naturelle avec l'accident du 17 février 2011. En effet c'est en raison des douleurs de sa cheville

gauche et de la diminution de sa mobilité que l'assuré s'est senti très lourdement handicapé.

J'estime qu'actuellement il n'y a pas d'autre diagnostic psychiatrique à poser. Il n'y a pas de symptômes évocateurs d'un état de stress post-traumatique, ni de trouble dissociatif, ni de somatisation ou de trouble hypochondriaque, ni de trouble de la personnalité.

Un traitement psychothérapeutique devrait débiter auprès du Dr V._____. Il est vraisemblable que l'on ne pourra pas attendre des résultats immédiats et trop importants. Néanmoins c'est le seul traitement qui puisse peut-être soulager un peu l'assuré.

En raison des troubles psychiques qu'il présente, l'assuré est actuellement totalement incapable de travailler. »

Le Dr X._____ a résumé comme suit son entretien téléphonique du 12 août 2014 avec le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie :

« Le Dr V._____ m'a appelé pour répondre à la demande de rapport qu'il venait de recevoir.

L'assuré suit régulièrement maintenant le traitement psychothérapeutique. Il peut accepter progressivement de parler de sa souffrance et la reconnaître. Les progrès sont très lents et l'évolution se fait à petits pas. Le Dr V._____ propose la poursuite du traitement et estime que des progrès notables ne pourront pas intervenir avant une année.

Je vous suggère donc de suivre les propositions du Dr V._____ et de lui demander un nouveau rapport en été 2015. »

Le 14 mai 2014, le Dr Q._____ a résumé la situation en ces termes :

« Tous les empêchements au retour dans l'économie sont pris en charge par la SUVA qui reconnaît un lien de causalité naturelle. Il s'agit d'un cas uniquement SUVA.

L'état de santé n'est pas stabilisé sur le plan somatique et psychique et l'IT [incapacité de travail] reste de 100% dans toute activité de l'économie de façon continue depuis le 17 avril 2011. »

Dans son rapport à l'OAI du 21 octobre 2014, le Dr U._____ a diagnostiqué une arthrose de la cheville droite, une dépression et des polyalgies existant depuis le 17 février 2011, estimant l'incapacité de travail totale dans l'activité de maçon, une profession en position assise étant possible.

Selon une note d'entretien téléphonique du 27 octobre 2014 entre l'assuré et la CNA, il poursuivait son traitement chez le psychiatre,

qui lui avait proposé de prendre des antidépresseurs, mais il ne voulait pas les prendre.

Le 12 novembre 2014, le Dr U._____ a écrit au médecin-conseil de la CNA que l'assuré avait actuellement des plaintes en train de s'exacerber et se diffuser également de façon générale avec des douleurs au niveau de la cheville controlatérale, du bassin, de la colonne vertébrale et des épaules, expliquant que c'était « fort heureusement » que lui et le Dr N._____ n'étaient pas entrés dans la prise en charge de son arthrodèse de la cheville, une prise en charge chirurgicale n'étant en tout cas pas à l'ordre du jour dans ces circonstances.

Lors d'un entretien à l'agence de Lausanne du 13 novembre 2014, l'assuré a déclaré ne pouvoir s'imaginer ne plus travailler en qualité de maçon, car il se voyait progresser et devenir responsable. Il pensait que des erreurs médicales avaient été faites car il n'était pas possible de se retrouver dans cette situation à la suite d'une fracture de cheville.

Dans son rapport à l'OAI du 22 décembre 2014, le Dr V._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) depuis l'été 2011 et de divers problèmes orthopédiques consécutifs à l'accident depuis le 17 février 2011. Il a estimé que l'état psychique de son patient l'empêchait actuellement de se projeter dans l'avenir et suivre un processus de formation professionnelle.

L'assuré a été examiné le 19 janvier 15 par le Dr M._____. Dans son rapport médical final du même jour, ce médecin a constaté ce qui suit :

« 4. Constatations

Il s'agit d'un patient de [...] ans, de constitution plutôt athlétique, dont la thymie reste abaissée, en état général conservé.

Cheville droite :

La démarche, pieds nus dans la salle d'examen, s'effectue sans déroulement du pas mais sans véritable boiterie. Le patient peut

même faire quelques pas sur la pointe des pieds et sur les talons. L'appui monopodal D [droit] est refusé au motif d'un manque de force et d'équilibre. L'accroupissement est profond mais les talons ne décollent pas du sol, le patient se relève sans difficulté majeure.

En station debout, le patient a tendance à reporter la charge sur le MIG [membre inférieur gauche]. Les MI [membres inférieurs] sont normo-axés. On retrouve une importante amyotrophie du mollet D.

La cheville D a un aspect strictement normal. Elle ne présente aucun signe réactif ou dystrophique manifeste et la mobilisation reste un peu sensible en fin de course, sans plus. L'arrière-pied D est normo-axé et normo-fonctionnel. Le pied D est bien aligné mais il est froid et aminci. Le tannage plantaire est également estompé à D.

La tibio-talienne a conservé une petite mobilité dans un secteur utile avec une E/F à 5-0- 15° par rapport à 15-0-30° à G [gauche]. Les articulations du pied D sont souples.

La circonférence du mollet D mesure 39 cm par rapport à 42 cm à G, celle de la cheville D mesure 23 cm comme à G.

5. Appréciation

Les antécédents de ce patient sont détaillés dans mon rapport d'examen du 28.08.2012 et l'anamnèse intermédiaire est exposée plus haut.

Actuellement, le patient, qui parle assez bien le français mais qui préfère s'exprimer en [...], dit que ça ne va pas du tout. Il a des douleurs dans la cheville D mais également dans la cheville G. Il n'arrive pas à marcher en charge. A l'extérieur, il doit s'aider systématiquement de 2 cannes anglaises. Il a aussi des douleurs dans la cuisse D, dans la région lombaire et dans les épaules.

Objectivement, la cheville D a un aspect strictement normal. Elle ne présente aucun signe réactif ou dystrophique manifeste et la mobilisation reste un peu sensible en fin de course, sans plus. L'arrière-pied D est normo-axé et normo-fonctionnel. Le pied D est bien aligné mais il est froid et aminci. Le tannage plantaire est également estompé à D. On retrouve une importante amyotrophie du mollet D.

Les RX [radiographies] du 29.01.2013, qui ne semblent pas avoir été répétées, montrent une arthrose tibio-talienne débutante et surtout tibio-fibulaire.

On s'accorde quand même pour dire que l'examen radio-clinique peine à expliquer l'importance du handicap perçu et c'est à juste titre qu'on a renoncé à procéder à une arthrodèse en présence d'un patient que l'accident et ses suites ont littéralement brisé.

A noter qu'à l'examen de ce jour, le status est avant tout compatible avec une décharge quasi systématique du MID [membre inférieur droit].

Du point de vue thérapeutique, on ne peut que recommander la poursuite de la prise en charge psychothérapeutique.

Pour les seules suites organiques de l'accident, une pleine capacité de travail est sans autre envisageable dans une activité adaptée.

Les limitations fonctionnelles sont les charges moyennes, la station debout prolongée et les longs trajets, surtout en terrain inégal.

Si on se réfère à la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/5.f-2000, un taux de 10% peut être retenu, en présence d'une arthrose encore modérée de la cheville D.

Une augmentation de 5% peut se concevoir, prenant en compte une certaine aggravation prévisible et surtout le fait qu'une arthrodèse a même été envisagée en raison de l'importance des douleurs avancées.

L'atteinte à l'intégrité totale est donc de 15%. »

Le 23 janvier 2015, T._____ a fait savoir à la CNA qu'en 2014, le salaire mensuel de l'assuré était de 5'400 francs.

Le 5 février 2015, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 avril 2015, dans la mesure où l'examen médical qu'il avait subi récemment avait révélé qu'il n'avait plus besoin de traitement. Le traitement psychiatrique serait à la charge de sa caisse-maladie dès le 1^{er} mai 2015.

Le 19 février 2015, le Dr Q._____ du SMR a estimé qu'il convenait de mettre en place une expertise psychiatrique afin d'apprécier l'évolution de la dépression de l'assuré et sa capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations somatiques.

Par décision du 30 mars 2015, la CNA a reconnu à l'assuré le droit à une rente de 16% à compter du 1^{er} mai 2015, compte tenu d'un revenu sans accident de 70'161 fr., comparé au revenu de 58'608 fr. avec accident. Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI), elle était de 15%, ce qui représentait une somme de 18'900 francs.

L'assuré s'est opposé le 5 mai 2015 à la décision de la CNA.

Le Dr M._____ a fait l'appréciation suivante du cas le 26 octobre 2015 :

« Pour mémoire, ce patient, âgé actuellement de [...] ans, maçon, d'origine [...], est tombé d'une échelle d'une hauteur de 2 mètres le 17.02.2011 et il a présenté une fracture bi-malléolaire de la cheville D [droite], de type Maisonneuve, avec un arrachement du Chaput.

Le 28.02.2011, la fracture a été réduite et ostéosynthésée. L'évolution a été défavorable, surtout sur le plan subjectif, avec installation d'un état douloureux chronique invalidant, partiellement expliqué par la nature de la fracture, une probable algodystrophie de la cheville D et une atteinte du SPE D.

Le patient a été examiné par plusieurs spécialistes, notamment par le Dr U. _____ [...] et par le Dr N. _____ au G. _____. La situation a été largement documentée par un bilan radiologique extensif, incluant un SPECT-CT [scanner]. On a conclu à une arthrose post-traumatique de la cheville D, tibio-talienne et tibio-fibulaire distale, pour laquelle une arthrodèse devait être envisagée au vu des plaintes avancées. Malheureusement, il n'a pas été possible de procéder à cette intervention, au demeurant non souhaitée par le patient, lequel a présenté un épisode dépressif sévère en lien de causalité naturelle avec l'accident.

La Suva, qui n'entendait pas admettre une relation de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident, a souhaité clore le cas. Le 30.03.2015, elle a mis l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité de 16%, assortie d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%. Le 29.04.2015, l'assuré a fait opposition à cette décision et le 05.05.2015, son avocate a motivé cette opposition. Elle reproche en particulier au soussigné de s'être focalisé sur l'atteinte de la cheville D alors que le patient se plaignait également de douleurs au bassin, à la colonne vertébrale et aux épaules.

Le 09.03.2011, l'assuré a expliqué à la personne qui s'occupe de son dossier que des RX [radiographies] de la colonne cervicale et de la colonne lombaire avaient été faites au G. _____. Une IRM aurait également été effectuée. En réalité, c'est un scanner cérébral et cervical qui a été fait le 25.02.2011. Il n'a pas montré de lésion traumatique. Le radiologue a décrit des troubles dégénératifs marqués en C5-C6, précisant qu'ils étaient connus depuis mars 2009, date à laquelle des RX standard avaient été effectuées, soit bien avant l'accident.

A noter que le rapport de sortie du G. _____ se rapportant au séjour du 17.02.2011 au 05.03.2011 ne mentionne ni cervicalgies, ni lombalgies alors qu'il relève que le patient a présenté une rétinopathie maculaire à G [gauche], en sus de la fracture de la cheville D.

Lorsque j'ai examiné le patient à l'agence, le 01.11.2011, il se plaignait effectivement des épaules, du dos et surtout du versant interne du genou D dont l'examen m'avait semblé normal.

A la suite de mon examen, le patient a séjourné près d'un mois à la H. _____.

Si on se réfère au rapport de sortie de cet établissement, force est de constater que le patient ne se plaignait plus des épaules. En revanche, il évoquait des troubles mnésiques, des troubles de la concentration ainsi qu'un manque du mot, raison pour laquelle un examen neuropsychologique a été effectué. Il a paru compatible avec un trouble anxieux et dépressif. On a également relevé la faible motivation du patient durant les tests. Le diagnostic de TCC [traumatisme cranio-cérébral] n'a pas été retenu.

Par la suite, le patient a régulièrement été suivi par la Dresse L. _____, connue pour une prise en charge holistique des patients,

sans qu'elle parvienne à l'aider. A aucun moment, elle n'a mis en œuvre d'examen complémentaire pour le bassin, la colonne vertébrale ou les épaules.

En réalité, les plaintes de ce patient sont changeantes d'un examen à un autre.

Dans ce genre de situation, on parle d'extension des troubles, de « totalgies », de somatisations, le tout s'inscrivant dans le cadre d'un état anxio-dépressif. En l'absence de signes cliniques d'appel, multiplier les investigations est contreproductif et ne fait que renforcer le patient dans son idée qu'il est gravement atteint dans sa santé.

Pour ce qui est de l'atteinte à l'intégrité, elle aurait été sous-évaluée, au motif notamment qu'il y aurait une instabilité de la syndesmose tibio-fibulaire distale. Il s'agit, en réalité, d'une interprétation radiologique d'un SPECT-CT, réalisé le 17.07.2013, mais ni le Dr U._____, ni le Dr N._____ n'ont jugé la cheville instable. A cet égard, il est intéressant de relire les constatations faites par le Dr N._____ lors de sa consultation du 18.07.2013. Il s'étonnait notamment d'une symptomatologie douloureuse extrêmement marquée après une fracture de la cheville D, « certes grave, mais réduite anatomiquement avec des interlignes articulaires préservés, malgré le développement d'une arthrose tibio-talienne débutante et tibio-fibulaire plus sévère ».

Quoi qu'il en soit, l'intervention projetée, si elle avait pu être réalisée, aurait bien évidemment supprimé toute hypothétique instabilité de la cheville D de M. Z._____.

Le taux de 15% correspond à un status après arthrodèse de la cheville D.

Le taux de 20%, réclamé par la mandataire de l'assuré, s'applique à une arthrodèse totale de la cheville, incluant la sous-talienne, ce qui n'était pas prévu.

Pour en revenir aux autres troubles, dont s'est plaint le patient à un moment ou à un autre, il n'est pas exclu que l'accident ait quelque peu aggravé des cervicalgies préexistantes. On notait, en effet, une colonne cervicale sensible lors du séjour à la H._____. Si c'est le cas, en l'absence de lésion structurelle qu'on puisse rapporter à l'accident, il est évident que le statu quo sine a été rapidement atteint. »

Par décision sur opposition du 4 février 2016, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Cette décision a fait l'objet d'un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, traité sous référence AA 27/16.

L'assuré a été examiné le 7 novembre 2016 par le Dr B.C._____, psychiatre mandaté par l'OAI. Selon le rapport de ce médecin du 19 décembre 2016, celui-ci s'est également entretenu avec le psychiatre de l'assuré avant de rédiger son rapport, a effectué des tests

psychométriques, et a étudié les pièces du dossier. L'entretien a été mené en A._____ sans interprète. Ce spécialiste a en particulier fait l'appréciation suivante du cas :

« **5. Discussion diagnostique**

La description que donnaient le Dr X._____ et le Dr V._____ en 2014 et qui confirmait les observations de la Dresse L._____ et le Dr M._____ est bien celle d'un état dépressif - et même d'un état dépressif sévère lors de l'évaluation du Dr X._____ et de la première évaluation du Dr V._____.

Toutefois, on ne constate plus à présent de symptomatologie suffisante pour justifier un état dépressif, même léger. En fait, l'examen clinique permet de constater l'absence d'une pathologie thymique ou anxieuse actuelle.

De ce fait, le diagnostic que l'on peut poser actuellement est celui de **trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée**, actuellement en rémission.

L'impression clinique mène à vérifier les critères diagnostiques, qui confirment l'existence d'un **trouble de la personnalité**.

Z._____ remplit autant les critères pour une **personnalité dyssociale** que pour une **personnalité narcissique**.

Une discrépance notable entre l'examen clinique et radiologique et les plaintes subjectives, constatée par plusieurs spécialistes de différents domaines qui ont été consultés, oblige à s'interroger sur l'existence d'un **trouble douloureux somatoforme**.

La définition de ce trouble dans la CIM-10 est : *« Douleur persistante (pendant au moins six mois, en permanence et presque tous les jours), intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse, n'importe où dans le corps, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique, et qui constitue en permanence la préoccupation essentielle du sujet. »*

En l'occurrence, bien que l'assuré décrive une douleur de sa cheville droite, celle-ci ne peut pas être considérée comme intense, car aucun signe algique n'est perceptible au cours d'un examen de plus de trois heures et demi. Les douleurs qu'il décrit surviennent en moyenne une fois par jour, elles ne durent jamais longtemps et elles ne sont pas fortes : elles ne correspondent pas à la définition « Douleur persistante, intense », ni à « en permanence et presque tous les jours ». Nous ne pouvons donc pas retenir cette douleur comme caractéristique d'un trouble douloureux somatoforme.

La douleur est censée s'accompagner d'un sentiment de détresse, que nous ne retrouvons pas non plus.

Enfin, il apparaît que la douleur que l'assuré accuse ne constitue pas en permanence sa préoccupation essentielle. Etant donné qu'il négligeait ses thérapies en faveur des vacances en 2012, lorsque les médecins faisaient plus d'efforts qu'il n'en faisait lui-même, on peut conclure que déjà en 2012 cette douleur ne constituait pas sa préoccupation essentielle.

On constate, en outre, que :

Il existe une divergence considérable entre les douleurs décrites et le comportement de l'assuré.

L'assuré ne suit aucun traitement médicamenteux et aucune thérapie.

L'assuré ne consulte plus aucun spécialiste depuis deux ans déjà.

Les plaintes concernant l'ampleur du handicap et ses répercussions sur la vie quotidienne sont exagérées et démonstratives.

Dans ces circonstances, un diagnostic de trouble douloureux somatoforme ne peut pas être retenu.

6. Diagnostics positifs

6.1. Diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail :

Néant.

6.2. Diagnostics sans influence sur la capacité de travail :

F 43.21 - Trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, actuellement en rémission

Existant depuis : vraisemblablement présent déjà à la fin de l'année 2012, mais devenu important fin 2013.

F 60.2 - Trouble de la personnalité - dyssociale

Existant depuis : l'adolescence.

F 60.8 - Autres troubles spécifiques de la personnalité (personnalité narcissique)

Existant depuis : l'adolescence.

7. Limitations fonctionnelles et capacité de travail

Parmi tous les signes et symptômes que nous pouvons retenir, seuls les fonctionnements liés au trouble de la personnalité peuvent constituer des entraves à un fonctionnement professionnel optimal.

Il s'agit ici des modes relationnels utilisés par l'assuré, ainsi que de sa manière de se considérer et de considérer les relations et les règles sociales.

Ces limitations n'ont pas empêché Z._____ de travailler jusqu'en 2011, et même avec beaucoup de succès, selon ses dires.

Il n'y a aucune raison pour qu'elles soient devenues handicapantes depuis lors, ni pour qu'elles le deviennent dans les années à venir.

En considérant l'ensemble des données précédemment exposées, il n'y a pas actuellement de diminution de la capacité de travail ou du rendement.

L'évolution de la capacité de travail, considérée du point de vue strictement psychiatrique, est difficile à établir, car l'assuré décrit l'absence de toute modification de son état psychique entre son arrivée en Suisse (2008) et le jour de l'examen.

Or, il y a une forte discordance entre les constatations de l'expert et la description clinique que donnaient en 2014 le Dr X._____ et le Dr V._____, tous deux psychiatres FMH.

C'est probablement vers la fin de l'année 2013 que le trouble de l'adaptation (avec une réaction dépressive prolongée) s'est manifesté de manière incapacitante - c'est là qu'il a été signalé par le médecin SUVA, qui l'a adressé pour consultation au psychiatre de

la SUVA. La description donnée par les deux psychiatres FMH qui l'ont vu début 2014 correspond à un état dépressif qui implique une incapacité de travail.

Selon le Dr V. _____, l'état thymique de l'assuré est actuellement aussi mauvais qu'il l'était au début de la prise en charge, en 2014.

Dans ces circonstances, l'expert ne peut se prononcer sur l'évolution des limitations et de la capacité de travail.

On peut seulement constater que le Dr M. _____ (médecin de SUVA), qui tirait le signal d'alerte sur la symptomatologie dépressive en décembre 2013, ne mentionne plus cette symptomatologie lors de son rapport sur l'état de l'assuré en janvier 2015. Toutefois, il est impossible de savoir si son dernier rapport ne mentionne plus l'aspect dépressif parce que celui-ci n'est plus saillant ou si c'est parce que l'argument ne lui paraît plus pertinent.

8. Mesures médicales et professionnelles

8.1. Mesures médicales et exigibilité :

Il est désormais très peu probable que la psychothérapie puisse encore amener l'assuré à modifier sa position et/ou ses revendications. Cette psychothérapie pourrait amener comme bénéfices à long terme d'améliorer le trouble de la personnalité.

Mais dans la mesure où cela n'améliorera en rien la capacité de travail, cette thérapie n'est pas exigible.

De manière similaire, étant donné que la position de l'assuré ne peut plus être considérée comme étant liée à un trouble dépressif, et surtout considérant qu'il n'existe plus actuellement un état dépressif, le traitement médicamenteux n'est pas exigible.

8.2. Mesures professionnelles :

Des mesures professionnelles ne seraient indiquées qu'au cas où l'assuré modifierait sa position concernant une reconversion professionnelle (ce qui nous semble très peu probable).

9. Pronostic

Au vu de l'absence de limitations fonctionnelles réelles et de la capacité de travail qui est complète du point de vue psychiatrique, le pronostic concernant cette capacité est très bon.

Il n'en est pas de même en ce qui concerne sa volonté de reprendre une activité, alors que son objectif est d'obtenir une rente. »

En réponse aux questions de l'OAI, le Dr B.C. _____ a notamment indiqué ce qui suit :

« IV. Traitement et réadaptation

1. La thérapie suivie jusqu'à présent est-elle conduite dans les règles de l'art (nature et ampleur des thérapies, intensité requise, dosage) ?

La thérapie menée par le Dr V. _____ est certainement menée dans les règles de l'art, mais seulement dans la mesure où l'assuré s'y implique et surtout dans la mesure où l'assuré ne ment pas à son psychiatre. Cette implication est faussée d'une part par le trouble de la personnalité, d'autre part par le fait que la thérapie lui sert d'alibi auprès de l'AI. L'assuré prend ce qu'il a envie de prendre et s'ouvre seulement autant que nécessaire pour l'alibi. C'est ainsi qu'il affirme (lors de l'examen d'expertise) que le Dr V. _____ lui aide à comprendre comment les médecins l'ont floué.

[...]

7. Considérations fondées relatives au caractère raisonnablement exigible des mesures de réadaptation

Prendre position sur l'aptitude de l'assuré à suivre une mesure de réadaptation et en particulier à s'investir dans une mesure de réinsertion (mesure de type progressif avec un taux de présence minimal de 2h par jour, quatre jours par semaine, et ceci sans obligation de rendement).

Des mesures de réadaptation sont clairement exigibles.

Le problème n'est pas l'aptitude de l'assuré à suivre une mesure de réadaptation, mais la volonté de s'investir, sachant qu'une telle mesure est contraire à ses attentes.

[...]

VI. Capacité de travail

1. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Du point de vue psychiatrique, il n'y a pas de diminution de la capacité de travail, que ce soit dans l'activité exercée auparavant ou dans une autre activité.

2. Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

La capacité de travail est entière du point de vue psychiatrique.

[...]

5. Se positionner sur la présence d'une éventuelle diminution de rendement tant dans l'activité exercée jusqu'ici que dans une activité adaptée.

Rien ne justifie une diminution du rendement dans une quelconque activité. »

Le 19 janvier 2017, la Dresse M.N._____ du SMR a estimé que la capacité de travail était pleine sur les plans somatique et psychiatrique dans une activité adaptée.

Selon le calcul du salaire exigible du service de réadaptation de l'OAI du 3 février 2017, le préjudice économique était de 14.48%, compte tenu d'un revenu annuel de 68'900 fr. pour 2012, indexé pour l'année 2015, s'élevant à 70'217 fr. 10, ainsi qu'un revenu d'invalidé de 60'047 fr. 04 (fondé sur l'ESS [Enquête suisse sur la structure des salaires] 2014 indexé pour 2015, avec un abattement de 10%).

Par projet de décision du 6 février 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui reconnaître le droit à une rente entière du 1^{er} juin 2012 au 30 avril 2015.

Les 15 février et 12 mai 2017, l'assuré, par son conseil, a fait part de ses objections, en critiquant pour l'essentiel l'expertise du Dr B.C._____. Il a produit en annexe un rapport du Dr V._____ du 13 mars 2017, dans lequel ce médecin a déclaré qu'actuellement son patient continuait de présenter un tableau clinique compatible avec le diagnostic CIM-10 de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions (F43.23). De l'avis du Dr V._____, les ressources adaptatives du patient étaient passablement taries et les chances d'une reconversion professionnelle fortement diminuées, estimant que la mise en route d'un projet visant une reconversion professionnelle pourrait être envisagée, mais uniquement lors d'un travail multidisciplinaire associant

le patient, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'AI et le thérapeute.

Par avis du 15 juin 2017, la Dresse M.N. _____ du SMR a indiqué ne rien avoir à ajouter.

Par courrier du 7 août 2017, l'OAI a pris position sur les arguments soulevés par l'assuré dans ses observations précitées et, par décision du 7 septembre 2017, il a confirmé le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps pour la période du 1^{er} juin 2012 au 30 avril 2015.

B. Par acte du 9 octobre 2017, Z. _____, représenté par Me David Métille, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de la poursuite du versement de la rente au-delà du 30 avril 2015, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et/ou orthopédique. En substance, il a contesté le caractère probant de l'expertise du Dr B.C. _____. A titre de mesures d'instruction, il a requis que l'expertise précitée soit mise en œuvre par la Cour de céans.

Dans sa réponse du 14 novembre 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours.

En réplique, le 2 février 2018, le recourant s'est référé aux « lignes directrices des expertises psychiatriques dans le domaine de l'assurance-invalidité » établies par la SIM, qu'il a produites, en déplorant que le Dr B.C. _____ n'y ait pas fait référence dans son approche. Il a pour le surplus maintenu que l'expertise du Dr B.C. _____ ne pouvait se voir reconnaître valeur probante, et a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise au plan psychiatrique.

Le 22 février 2018, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours.

Dans des déterminations complémentaires du 23 avril 2018, le recourant a confirmé les conclusions de son recours, nié toute valeur probante du rapport du Dr B.C._____ et corroboré sa requête de mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, en s'appuyant sur le rapport du 21 février 2018 du Dr K._____, médecin de la douleur antalgiste auprès de [...], qui le suit depuis septembre 2018, dont la teneur est la suivante :

« Le patient présente initialement une douleur neuropathique au niveau de la cheville droite dans les suites d'un accident de travail avec une fracture de la cheville droite de type Maisonneuve.

Malheureusement cette symptomatologie douloureuse s'est hautement chronifiée et le patient présente actuellement un tableau clinique d'une douleur chronique primaire généralisée avec des douleurs au niveau du dos avec irradiation au niveau des deux jambes mais également des douleurs au niveau des membres supérieurs.

Une première infiltration péri-durale faite au mois de novembre n'a pas amélioré la symptomatologie douloureuse d'une manière importante raison pour laquelle, nous avons décidé d'interrompre le traitement interventionnel et nous avons réagendé une deuxième perfusion de Xylocaïne. Eventuellement, selon l'évolution nous allons discuter aussi avec le patient d'une perfusion de Kétamine intraveineuse. Le traitement local avec Amitriptyline et Kétamine n'a pas pu vraiment calmer (sic) la symptomatologie douloureuse locale.

L'examen de QST évaluation quantitative de la sensibilité des douleurs fait au mois d'octobre montre des modifications au niveau de la jambe droite avec une sensation de chaleur paradoxale à la douleur et une allodynie très marquée. Nous avons constaté beaucoup d'asymétrie entre le côté testé et le côté contrôle, le pied gauche, avec des modifications au niveau de la sensibilité thermique mais également vibratoire. Une participation neuropathique est relativement sûre chez ce patient.

Un effet négatif sur l'évolution de la douleur est l'association actuelle de l'expansion de la région initiale à une douleur chronique primaire généralisée, la dépression associée, l'état de santé extrêmement diminué du patient comme également la longue durée de la maladie.

Nous reverrons le patient pour une prochaine perfusion de Xylocaïne et nous ne manquerons pas de vous tenir au courant de l'évolution. »

Le 17 mai 2018, l'OAI a confirmé son préavis tendant au rejet du recours, les arguments développés par le recourant ne remettant pas en cause le bien-fondé de la décision attaquée. Dans un avis médical du 7 mai 2018, le SMR a relevé que le rapport médical du Dr K._____ ne décrivait pas le status clinique et ne mentionnait pas d'examen complémentaires radiologiques ou neurologiques pour appuyer ses dires.

Il a constaté que les douleurs décrites dans ce rapport étaient présentes de longue date, le Dr M. _____ mentionnant dans son examen final du 19 janvier 2015 des douleurs des deux chevilles, de la cuisse droite, des épaules, des lombaires déjà relevées par le Dr U. _____ fin 2014. Le Dr B.C. _____ a également relevé dans les plaintes du recourant des douleurs dans le pied et la cheville droite, dans le genou droit, remontant dans le bassin, le long de la colonne jusqu'à l'épaule droite et la nuque. L'OAI a conclu que le nouveau rapport médical ne rendait pas plausible une nouvelle atteinte à la santé ou une aggravation des atteintes existantes, mais relatait simplement une nouvelle prise en charge antalgique des douleurs déjà connues.

Le 17 mai 2018, le recourant a déposé de nouvelles déterminations complémentaires, confirmant ses conclusions précédentes, ajoutant la mise en œuvre d'une éventuelle expertise rhumatologique dans ses réquisitions. Il a produit un nouveau rapport médical du Dr K. _____ du 5 avril 2018, lequel a la teneur suivante :

« 1. Quels sont les diagnostics présentés par le patient au niveau de sa cheville droite ?

Diagnosics :

- Douleur neuropathique au niveau de la cheville droite.
- Neuropathie péronière droite axonale ENMG 18.11.2011 avec récupération ENMG 2016
- Douleurs chroniques primaires généralisées (ICD-10 R 52.2) sans hypersensibilisation
- Dysrégulation végétative

Autres diagnostics :

- Dépression
- Reflux gastro-oesophagienne
- Accident travail 2011 avec cheville droite opérée (AMO 2012)
- Hémorragie pré-rétinienne para-maculaire de l'œil droit.

2. Quelle pourrait être l'origine des douleurs, respectivement de leur persistance, au niveau de la cheville droite du patient ?

La douleur est clairement post traumatique et post opératoire avec une douleur mixte, de type neuropathique et une douleur nociceptive qui s'est péjorée dû au manque de traitement efficace dans les premiers mois et actuellement nous nous retrouvons face à une exacerbation des douleurs avec hypersensibilisation et extension de la région douloureuse.

3. Quel(s) traitement(s) serai(en)t susceptible(s) à améliorer la situation douloureuse présentée par le patient ? Quelle pourrait être la durée ?

Une prise en charge globale avec un traitement médicamenteux qui améliore la symptomatologie locale mais aussi les effets systémiques, avec la dysrégulation végétative très importante, également une prise en charge physiothérapeutique afin d'éviter un déconditionnement musculaire même si la physiothérapie n'améliore pas la symptomatologie douloureuse primaire.

Une prise en charge psychologique afin de mieux gérer la situation sociale très difficile du patient car, une prise en charge interventionnelle - selon la décision du chirurgien - une neuromodulation peut être envisagée chez le patient.

Actuellement, les signes généraux nous limitent encore dans cette approche thérapeutique relativement agressive.

4. Au vu des différentes limitations présentées par le patient en ce qui concerne sa cheville, quel serait le taux de sa capacité de travail dans une activité des plus adaptées à son état de santé ?

Concernant une évaluation de capacité fonctionnelle faite par exemple au Service de Rhumatologie du G. _____ peut être évoquée dans le cadre du patient.

5. Est-ce qu'il est possible d'admettre une diminution de rendement de l'ordre de 20 à 30%, même dans le cadre d'une activité adaptée ? Pour le cas où un taux différent de

diminution de rendement serait retenu, quel serait le taux en question ?

Voir point 4.

6. En admettant l'existence d'une capacité de travail du patient limitée dans le cadre d'une activité adaptée à son état de santé, quels seraient les facteurs limitatifs empêchant une pleine capacité de travail dans une telle activité ?

Voir point 4.

7. A quelles conditions un traitement médical approprié serait susceptible d'augmenter le taux de capacité de travail du patient, dans l'hypothèse où celui-ci ne serait actuellement pas complet ?

Voir point 4.

8. Toute(s) autre(s) remarque(s) utile(s) :

Aucune. »

Le 7 juin 2018, l'OAI a confirmé sa proposition de rejeter le recours et a produit un nouvel avis médical au SMR du 4 juin 2018 relevant l'absence d'élément nouveau du rapport du Dr K._____, dont les diagnostics ne sont aucunement étayés. Le SMR a constaté qu'aucun avis neurologique n'avait été effectué par le Dr K._____, précisant qu'en 2010 un examen neurologique avec ENMG avait relevé une hyperpathie et des déficits fonctionnels sans explication neurologique. Il a ajouté que le Dr K._____ n'excluait pas une capacité de travail en proposant une évaluation des capacités fonctionnelles. Concernant le diagnostic de dépression, le SMR a relevé qu'il n'était pas étayé par un quelconque status, mais qu'il était fait mention d'une situation sociale difficile.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné

(art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a mis un terme à ses prestations au 30 avril 2015, au motif qu'à compter du 19 janvier 2015, une capacité de travail de 100% était raisonnablement exigible de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations (charges moyennes, station debout prolongée, longs trajets à pied surtout en terrain inégal).

3. a) Le bien-fondé d'une décision d'octroi d'une rente temporaire doit être examiné au regard des conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (TF 9C_763/2013 du 12 février 2014 consid. 2 et les références citées).

b) Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif – comme c'est le cas en l'espèce –, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a RAI ([règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; ATF 131 V 164 consid. 2.2, 125 V 413 consid. 2d ; TF 9C_344/2010 du 1^{er} février 2011 consid. 4.2 et 9C_266/2010 du 8 octobre 2010 consid. 3.3). En revanche, l'art. 88bis RAI n'est pas applicable dans cette éventualité, du moment que l'on ne se trouve pas en présence d'une révision de la rente au sens strict (ATF 125 V 413 consid. 2d ; TF 9C_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6.2 ; TFA I 621/04 du 12 octobre 2005 consid. 3.2). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante

de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI).

4. 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins ; un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50 % à une demi-rente, un taux de 60 % à trois quarts de rente et un taux de 70 % à une rente entière (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. 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_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 ; Pratique VSI 2002 p. 64 ; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013

loc. cit., I 312/2006 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

c) 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, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 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 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 loc. cit., 9C_66/2013 du 1^{er} juillet 2013 consid. 4, 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1).

Il n'existe pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne d'une assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 et 4.6 ; TF 9C_737/2012 du 19 mars 2013 consid. 2.3). 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 ; TFA I 554/2001 du 19 avril 2002 consid. 2a).

5. Il est constant qu'à la suite de la chute survenue le 17 février 2011, le recourant a présenté une fracture de la cheville droite (cf. rapport du 8 mars 2011 des Drs C. _____ et B. _____), qui a été réduite et ostéosynthésée le 28 février 2011.

L'évolution a été défavorable. Devant la persistance des douleurs, il a bénéficié d'une ablation des vis péronéo-tibiales le 6 mai 2011, ainsi que d'une AMO du tibia droit en raison d'une gêne du matériel le 17 février 2012.

On précisera à ce stade qu'il est établi que l'atteinte alléguée au niveau oculaire a été asymptomatique à compter du 13 avril 2011, date à laquelle l'examen ophtalmologique était dans les limites de la norme (cf. rapport des Drs W. _____ et S. _____ du 11 août 2011). Il est également admis qu'il n'y a pas d'explication neurologique aux plaintes persistantes exprimées par le recourant, le Dr J. _____ n'ayant pas constaté d'anomalies neurologiques significatives dans le cadre de son examen du 5 octobre 2012 (cf. rapport du 8 octobre 2012).

Cela étant, un probable Sudeck a été évoqué à compter du mois d'août 2011 (cf. rapport du 31 août 2011 des Drs D. _____ et F. _____), et le diagnostic de CRPS de type II posé par les Drs R. _____ et P. _____ à la suite du séjour de l'assuré à la H. _____ (cf. rapport du 5 janvier 2012 des médecins précités). La Dresse L. _____ a également posé ce diagnostic le 25 juillet 2012. Elle a toutefois indiqué le 12 décembre 2012 - après avoir fait effectuer une IRM de la cheville droite le 14 novembre 2012 - qu'il n'y avait plus de signe d'algodystrophie, mentionnant désormais une pseudarthrose. Le Dr U. _____ a confirmé

après son examen de l'assuré du 1^{er} mars 2013 que celui-ci présentait de l'arthrose au niveau de la cheville droite et a suggéré de pratiquer une arthrodèse (cf. rapport du 5 mars 2013), rejoint dans cette proposition par le Dr N._____. (cf. rapport du 14 octobre 2013 de ce dernier au Dr M._____). Le Dr M._____ a cependant fait savoir au Dr N._____ le 16 décembre 2013 qu'il était persuadé que le résultat *subjectif* d'une arthrodèse ou de quelque intervention que ce soit serait catastrophique vu l'état de l'assuré au plan psychiatrique. Le Dr U._____ a du reste admis le 12 novembre 2014 qu'au vu des plaintes de l'assuré qui étaient en train de s'exacerber, c'était « fort heureusement » que lui et le Dr N._____ n'étaient pas entrés dans la prise en charge de son arthrodèse de la cheville.

Il est ainsi établi et non contesté qu'au vu de l'atteinte au niveau de la cheville droite, l'activité habituelle de maçon du recourant n'est plus adaptée. Cette appréciation est partagée par l'ensemble des médecins (cf. en particulier avis du Dr Q._____ du SMR du 8 octobre 2013, rapport du 25 novembre 2013 du Dr N._____, rapport du Dr U._____ du 21 octobre 2014).

Objectivement cependant, le Dr M._____ a constaté dès son examen du 28 août 2012 que la cheville droite avait une morphologie normale, était à peine élargie, sans franche tuméfaction, ni hyperthermie, discoloration, hyper-sudation, ni signe de Tinel. L'arrière-pied était normo-axé et normo-fonctionnel. Pour le Dr M._____, l'ampleur des douleurs et du handicap annoncés contrastaient avec les constatations objectives finalement assez minces.

Le Dr M._____ a fait des constats largement superposables dans le cadre de son examen de l'assuré du 19 janvier 2015 : dans ce contexte, il a en particulier relevé que l'état général de l'assuré était conservé, sa constitution plutôt athlétique, et que la cheville droite était d'aspect strictement normal ; elle ne présentait aucun signe réactif ou dystrophique manifeste et la mobilisation restait un peu sensible en fin de course, « sans plus ». L'arrière-pied droit était normo-axé et normo-

fonctionnel. Le pied droit était bien aligné mais il était froid et aminci. Le tannage plantaire était également estompé à droite. Quant aux radiographies du 29 janvier 2013, elles montraient une arthrose tibio-talienne débutante et surtout tibio-fibulaire. Aux yeux du Dr M._____, le status était avant tout compatible avec une décharge quasi systématique du membre inférieur droit. Cependant pour les seules suites organiques de l'accident, une pleine capacité de travail était sans autre envisageable dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir : les charges moyennes, la station debout prolongée et les longs trajets, surtout en terrain inégal. Il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation probante du Dr M._____: celle-ci a en effet été établie en pleine connaissance du dossier, après un examen détaillé de l'assuré, en tenant compte des plaintes de ce dernier. Les conclusions du Dr M._____ sont claires et dénuées de contradiction. Son appréciation n'est au demeurant pas sérieusement contredite. Du reste, dans son rapport du 21 octobre 2014, le Dr U._____ relevait déjà qu'une profession en position assise était possible.

Au plan somatique, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation du Dr M._____ du 19 janvier 2015, non contredite, et de retenir qu'à compter du 19 janvier 2015, l'assuré a présenté une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (les charges moyennes, la station debout prolongée et les longs trajets, surtout en terrain inégal).

6. Le recourant fait pour l'essentiel valoir que l'expertise du Dr B.C._____ n'est pas probante, élevant nombre de griefs à l'égard de ce spécialiste et de son rapport.

Toutefois, s'il est établi que les Drs X._____ et V._____ ont retenu un trouble dépressif sévère en 2014 (cf. rapports du Dr X._____ du 25 février 2014 et du Dr V._____ du 22 décembre 2014), le Dr B.C._____ qui a été mandaté pour expertiser le recourant par l'OAI a pour sa part constaté à la suite de son examen du 7 novembre 2016 que désormais, l'intéressé ne présentait plus de symptomatologie suffisante

pour justifier un état dépressif, même léger. Ce spécialiste a en particulier relevé que l'assuré ne suivait aucun traitement médicamenteux, ses plaintes et leurs répercussions sur la vie quotidienne étant exagérées et démonstratives. Le rapport d'expertise du Dr B.C. _____ a été établi à la suite d'un examen de l'assuré de près de quatre heures ; des tests psychométriques ont été réalisés, et le Dr B.C. _____ s'est de surcroît entretenu durant trente minutes avec le Dr V. _____. Après avoir résumé de façon très détaillée le dossier de l'assuré, le Dr B.C. _____ a résumé son histoire personnelle, l'accident et ses suites, ses plaintes et sa situation actuelle, en prenant soin de décrire en particulier dans ce cadre ce qu'il en est de son logement, de sa situation financière, et de sa vie sociale. Le Dr B.C. _____ a encore interrogé le recourant sur le déroulement d'une de ses journées type. Après avoir décrit avec soin son status psychique, l'expert est parvenu à la conclusion que le recourant ne présente aucune atteinte incapacitante au plan psychiatrique, retenant sans effet sur la capacité de travail les diagnostics de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, actuellement en rémission, existant depuis la fin de l'année 2012 et devenu important en 2013, ainsi que de personnalité dyssociale et narcissique existant depuis l'adolescence. Certes le recourant reproche à l'expert son manque d'objectivité. Il ne peut toutefois être suivi dans cette affirmation : le fait que le Dr B.C. _____ ait constaté une divergence considérable entre les douleurs décrites par l'assuré et son comportement rejoint les observations de plusieurs médecins, dont le Dr M. _____ ; il en va de même s'agissant du caractère exagéré et démonstratif des plaintes concernant l'ampleur du handicap et ses répercussions sur la vie quotidienne. A cet égard, le Dr B.C. _____ a constaté que bien que l'assuré décrive une douleur de sa cheville droite, celle-ci ne pouvait être considérée comme intense, car aucun signe algique n'avait été perceptible au cours d'un examen de plus de trois heures et demie. Les douleurs qu'il décrivait survenaient en moyenne une fois par jour, elles ne duraient jamais longtemps et elles n'étaient pas fortes : elles ne correspondaient dès lors pas à la définition de « Douleur persistante, intense », ni à « en permanence et presque tous les jours ». Finalement, de l'avis de l'expert, c'était ainsi les fonctionnements liés au trouble de la personnalité qui

pouvaient constituer des entraves à un fonctionnement professionnel optimal. Toutefois ces limitations n'avaient pas empêché l'assuré de travailler jusqu'en 2011, si bien qu'il n'y avait aucune raison de retenir qu'elles soient devenues handicapantes ni le deviennent à l'avenir. L'expertise du Dr B.C._____ est pleinement probante. Certes le Dr V._____ fait état d'un trouble de l'adaptation incapacitant dans son rapport du 13 mars 2017 ; toutefois l'appréciation de ce médecin, psychiatre traitant de l'assuré, doit être appréciée avec réserve vu le lien de confiance qui le lie à son patient. L'expert a au demeurant fait état avec précision des raisons pour lesquelles il a estimé que le trouble de l'adaptation était sans effet sur la capacité de travail. Le Dr V._____ n'exclut par ailleurs pas que son patient puisse entrer dans une démarche de reconversion professionnelle, rejoignant en cela le Dr B.C._____ qui a relevé que des mesures de réadaptation étaient exigibles. En outre, il est constant que le mandat d'un expert psychiatre n'est pas analogue au rôle d'un thérapeute traitant. Il ne peut dès lors être fait grief à l'expert d'avoir relevé le caractère incohérent des allégations de l'assuré. Du reste, le Dr V._____ admet que son rôle ne consiste pas à vérifier les dires de ses patients, mais entendre « leur vérité ». Cette divergence d'approche inhérente au mandat thérapeutique ne permet toutefois pas de remettre en cause les constatations de l'expert B.C._____.

Les observations du Dr K._____ produites avec les déterminations complémentaires du recourant ne remettent pas en cause la fiabilité et la pertinence de l'expertise. En effet, elles doivent également être appréciées avec réserve dès lors que ce médecin exerce un suivi du recourant avec lequel il a tissé un lien de confiance. Au demeurant, le Dr K._____ pose des diagnostics qui ne sont pas étayés et il ne résulte pas de ses rapports que la situation du recourant ait été appréhendée dans son ensemble dans une étude circonstanciée, ni que les rapports se fondent sur des examens complets. En outre, les douleurs évoquées sont connues et ont été examinées et prises en compte dans l'appréciation de l'expert. On relève que le Dr K._____ se garde de se prononcer sur une éventuelle incapacité de travail, indiquant qu'une évaluation de capacité fonctionnelle faite par le Service de rhumatologie du G._____ peut être

évoquée avec le recourant. Puis, à titre de traitement, le Dr K. _____ suggère une prise en charge psychologique afin de mieux gérer la situation sociale très difficile du recourant car une prise en charge interventionnelle, selon décision du chirurgien, *peut* être envisagée. Ces considérations ne sont pas argumentées et n'émettent que des suppositions sur des éléments qui ont été étudiés par l'expert. Les rapports médicaux du Dr K. _____ n'apportent ainsi aucun élément nouveau permettant de remettre en cause les considérations de l'expert.

Par ailleurs, le recourant ne peut être suivi lorsqu'il soutient que l'expert tente de le discréditer : il apparaît au contraire que l'expert a reproduit fidèlement les propos de celui-ci. Le fait que le recourant n'ait pas apprécié la teneur de l'expertise ne remet pas pour autant en cause sa valeur probante. On peine en particulier à suivre le recourant lorsqu'il affirme que l'expert a voulu le faire passer pour une personne « profitant, voire abusant du système ». Peu importe en particulier que l'expert ait indiqué que l'assuré n'avait plus droit aux indemnités de l'assurance perte de gain en 2013, élément dont il est difficile de déterminer quel argument entend tirer le recourant, au même titre que ceux en lien avec des points de détail de l'expertise, dans lesquels l'assuré voit une instruction « à charge ». Les phrases critiquées sont cependant sorties de leur contexte. Quant à l'expert, il a rendu un rapport fouillé, sans instruire « à charge ». On rappellera dans ce cadre que c'est le recourant lui-même qui a déclaré qu'il était venu en Suisse dans le but de construire une vie meilleure, quittant ainsi sa région qu'il aimait tant. Peu importe pour le surplus que les températures en [...] soient plus ou moins élevées qu'en Suisse. Ces éléments ne suffisent en tous les cas pas à mettre en doute le caractère probant de l'expertise, ni à fonder la nécessité d'en mettre en œuvre une nouvelle, comme le suggère le recourant.

Pour le surplus, les lignes directrices produites en réplique par le recourant et établies par la SIM ne lui sont d'aucun secours : si celles-ci constituent un outil utile pour les experts, dans la mesure où elles visent à unifier les méthodes de processus d'expertises, ainsi que leur forme et contenu, la jurisprudence ne prévoit pas que toute expertise qui ne

suivrait pas leur méthodologie devrait être écartée. Partant, et dans la mesure où, ainsi qu'on l'a vu, l'expert a répondu aux questions qui lui étaient posées, et a effectué un travail conforme aux réquisits jurisprudentiels devant conduire à lui reconnaître valeur probante, il n'y a pas lieu de remettre en cause son appréciation.

On relèvera enfin pour autant que de besoin que l'expertise a été effectuée en langue A. _____, sans interprète, l'expert psychiatre s'étant directement entretenu en A. _____ avec le recourant, comme il l'a précisé en p. 41 de son expertise. A cet égard, et contrairement à ce que plaide le recourant en réplique, le Dr B.C. _____ a bien évoqué la problématique de la langue, indiquant en p. 41 de son expertise que lors de la prise de rendez-vous téléphonique, l'assuré ne comprenait pas du tout le français, en particulier les termes « examen » ou « psychiatrique », alors qu'il ressortait du dossier qu'il « se débrouill[ait] » en français. Pour le surplus, on lit en p. 42 de l'expertise que « l'élocution se fait sans aucune difficulté et on ne constate aucun défaut dans la diction ». Le moyen tiré de difficultés linguistiques doit dès lors également être écarté.

Il y a finalement lieu de retenir que le recourant ne présente pas d'atteinte invalidante au plan psychiatrique.

7. Le recourant ne conteste par ailleurs pas le calcul du taux d'invalidité arrêté par l'intimé. Vérifié d'office, celui-ci peut être confirmé.

8. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi la mise en œuvre d'une expertise avec volets psychiatrique et orthopédique, voire rhumatologique, telle que sollicitée par l'intéressé, serait de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (cf. ATF 122 II 464 consid. 4a ; cf. TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et TF 9C_440/2008 du 5 août 2008).

9. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]).

Conformément à l'art. 2 al. 1 RAJ (règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3), le conseil juridique commis d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré ; le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès.

c) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

Il n'y a pour le surplus pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

Le recourant bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat, en la personne de Me David Métille (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Ce dernier a déposé sa liste des opérations pour la période du 5 octobre 2017 au 31 août 2018 faisant état d'un total de 13 heures et 25 minutes. Contrôlées au regard de la procédure, les opérations effectuées rentrent globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié. Conformément au tarif horaire applicable, le défraiement équitable de Me Métille doit ainsi être fixé à 13 heures et 25 minutes à 180 fr (art. 2 al. 1 let. RAJ), soit 2'413 fr. 80, auxquels doivent être ajoutés les débours requis par 29 fr. 55 et la TVA au taux de 8% sur 7 heures et 35 minutes (109 fr. 15) et de 7,7% sur 5 heures et 50 minutes (80 fr. 80) soit 189 fr. 95. Le montant total de l'indemnité d'office en faveur de Me Métille s'élève ainsi à 2'633 fr. 30 et sera provisoirement supportée par le canton.

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 7 septembre 2017 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 provisoirement à la charge de l'Etat.

- IV.** L'indemnité d'office de Me David Métille, conseil du recourant, est arrêtée à 2'633 fr. 30 (deux mille six cent trente-trois francs et trente centimes), débours et TVA compris.

- 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 provisoirement 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 David Métille (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :