

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 janvier 2021

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
M. Bonard et Mme Férolles, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Nicolas Gillard, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 s., 43 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ; 49 al. 2 et 88a al. 1  
RAI**

**E n f a i t :**

**A.**            **a)** Q. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait, depuis juillet 1989, comme chef de chantier auprès de l'entreprise A. \_\_\_\_\_ SA à [...].

Dans un rapport du 18 octobre 2007 adressé à une collaboratrice de la Ligue pulmonaire vaudoise, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie, a écrit ce qui suit :

“Chère Madame,

Vous trouverez prochainement à votre consultation le patient susmentionné chez qui un syndrome des apnées obstructives du sommeil a été diagnostiqué sur la base d'une polygraphie mettant en évidence un index d'apnées-hypopnées à 24.

A noter que ce patient présente un excès pondéral avec un BMI [Body Mass Index] à 31 et qu'il souffre d'une hypersomnolence diurne. Il est également connu pour une hypertension artérielle et une hypercholestérolémie.

Je vous remercie de l'équiper selon le formulaire de prescription que je vous ai fixé.

Une fois l'appareil reçu le patient se réadressera à ma consultation pour vérifier la tolérance et l'efficacité du traitement.”

Le 26 octobre 2010, l'assuré s'est annoncé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) dans le cadre d'une démarche de détection précoce, doublée d'une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles et/ou rente), en raison d'un « mal à la colonne vertébrale à cause d'hernies discales » depuis 2005.

Dans un rapport médical du 31 janvier 2011, les médecins du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) ont retenu, comme atteinte principale à la santé, des lombosciatalgies gauches non déficitaires avec hernie discale L4-L5 gauche (M54.1). L'assuré était également connu pour un syndrome métabolique et un syndrome d'apnées du sommeil (SAS). Il travaillait au-dessus de ses forces

mais depuis 2005 sa capacité de travail était de 100 % dans une activité adaptée, soit sans port de charges de plus de dix kilos, sans porte-à-faux et avec alternance des positions.

Selon une note de suivi du 8 novembre 2011 interne à l'OAI, l'assuré a confirmé que, dans le cadre de l'adaptation de son poste de travail sur les chantiers d'entente avec l'employeur, il avait la possibilité de ménager son dos. Cette adaptation de poste étant durable, l'intéressé ne cherchait pas à se réorienter sur le plan professionnel.

Par décisions du 10 janvier 2012, l'OAI a rejeté cette demande de prestations, au motif qu'après adaptation du poste de travail en collaboration avec l'employeur, l'assuré pouvait poursuivre son activité habituelle sans subir de baisse de rendement ni de salaire. Ces décisions n'ont pas été contestées.

**b)** Q.\_\_\_\_\_ a été victime d'un accident professionnel le 8 mai 2012 (chute d'une hauteur de deux mètres et cinquante centimètres causant une fracture ouverte du pilon tibial droit Gustilo II). Il a par la suite développé une arthrose due au traumatisme initial, avec des douleurs importantes nécessitant une arthrodèse par un clou rétrograde en date du 11 mars 2013.

La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge le cas.

Le 30 novembre 2012, en arrêt de travail depuis le jour de l'accident, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Les 7 février, 25 juin, 6 et 26 septembre 2013 et 18 mars 2014, le Drl.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-chef du Service d'orthopédie et traumatologie au CHUV, a posé le diagnostic incapacitant de statut post-arthrodèse cheville droite, post-fracture complexe du pilon

multi-opéré. Aucune nouvelle intervention n'était prévue. Sans se prononcer de manière définitive sur la capacité de travail, ce médecin a indiqué que malgré l'arthrodèse et moyennant une chaussure adaptée, la marche sans douleur devait être possible. L'exigibilité dans une activité adaptée devait être évaluée lors d'un prochain contrôle en avril 2014.

Le 1<sup>er</sup> juillet 2014, le Dr I. \_\_\_\_\_ a fait savoir à l'OAI que l'assuré n'avait plus été revu depuis le dernier contrôle du 18 mars 2014. Indiquant le port de chaussures Künzli Ortho® et de l'auto-physiothérapie, cet orthopédiste a estimé la capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée, soit avec des déplacements limités.

Aux termes d'une communication du 18 février 2015, l'assuré s'est vu octroyer par l'OAI un stage d'orientation professionnelle sous la forme du cours « Faire le point, faire le pas » effectué auprès de B. \_\_\_\_\_ à [...] du 17 mars au 10 avril 2015.

Le 17 septembre 2015, l'assuré s'est soumis à une ostéotomie d'extension au niveau du tibia distal fixée par plaque associée à une arthrodèse du péroné (rapport du 31 décembre 2015 du Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) de la CNA à Sion du 25 juin au 22 juillet 2014 et du 2 au 30 novembre 2016. Dans leur rapport du 3 février 2017, les Drs V. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et E. \_\_\_\_\_, médecin-assistante, ont posé les diagnostics suivants :

“DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles du membre inférieur droit.

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- 08.05.2012 : chute avec fracture du dôme talien et fracture ouverte du pilon tibial droit Gustilo II traitée chirurgicalement.

- Atteinte distale mixte du nerf péronier droit à prédominance sensitive (ENMG [électro-neuro-myogramme] 27.06.2014).

[...]

#### CO-MORBIDITES

- HTA.
- Hypercholestérolémie.
- Syndrome d'apnée du sommeil appareillé.
- Obésité (BMI 35.6 kg/m<sup>2</sup>).
- Lombalgies chroniques (notion de troubles lombaires dégénératifs avec HD anamnestiques).

#### ANTECEDENTS

- Tabagisme ancien (20 UPA).
- 2008 : fracture du poignet droit ostéosynthésée.
- 2004 : ablation kyste inguinal droit.

#### ALLERGIES

- Intolérance au Tramadol (épigastralgies).
- Rhume des foins."

Ces spécialistes se sont ensuite exprimés comme il suit sur l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré :

"[...]

Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue. On relève une peur du mouvement (score au TSK à 52 points).

Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (Cf. liste diagnostics).

Pendant le séjour, le patient a suivi les prises en charge ci-dessous (Cf. rapports annexés) :

- x physiothérapie
- x ergothérapie
- x ateliers professionnels
- x atelier pied et chaussure
- x consultation de podologie

Le traitement antalgique comprend une prise de Dafalgan 1 g 4x/j en réserve et application locale de pommade AINS [anti-inflammatoires non stéroïdiens].

Une nouvelle paire de chaussures orthopédiques montantes avec bonne barre de déroulement et compensation de 20 mm a été fournie au patient selon la consultation spécialisée de podologie.

Au terme du séjour, le patient se dit légèrement amélioré. Objectivement, il se déplace avec deux cannes en alterné ou avec des bâtons de marche (cf. rapports et tests fonctionnels).

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme élevée.

Aucune incohérence n'a été relevée.

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues : la marche en terrain irrégulier, les ports répétés de charges supérieurs à 15 kg, le maintien de positions accroupies ou à genoux.

La situation est stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. La poursuite d'une physiothérapie visant à un sevrage des moyens auxiliaires à la marche est prévue à la sortie, à réévaluer après 9 séances.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de maçon est défavorable, en raison des facteurs médicaux retenus après l'accident.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus paraît limité par des facteurs non-médicaux tels que la mauvaise maîtrise du français, la longueur de l'éloignement du monde du travail et l'absence de qualification chez un patient qui reste centré sur les traitements médicaux. [...]"

Étaient joints à cette appréciation notamment les résultats d'une évaluation globale aux ateliers professionnels de la CRR consécutifs au séjour de l'assuré. De l'avis des observateurs de la CRR, les capacités d'intégration de l'assuré étaient « relativement faibles », ce dernier se disant investi dans sa récupération sans rechercher un nouvel emploi adapté à son état de santé.

Le 17 mai 2017, l'assuré a été examiné par le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement remplaçant de la CNA. Dans son rapport final du même jour, listant des limitations fonctionnelles définitives des suites de l'accident de mai 2012 (soit : pas de marche en terrain irrégulier, pas de marche prolongée ni de position statique debout prolongée, pas de travaux accroupis ou à genoux, pas de montée ou descente répétée d'échelles / d'escaliers / d'échafaudages ainsi que pas de port de charges excédant 15 kg), ce médecin a estimé que si l'activité habituelle (chef d'équipe maçon) n'était

plus exigible, l'assuré était toutefois à même d'exercer en plein une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles précitées.

Il ressort ce qui suit d'un rapport final « REA » rédigé le 11 septembre 2017 par une spécialiste en réadaptation professionnelle à l'OAI :

**“Résumé des mesures professionnelles mises en place et résultats :**

Une première intervention de la REA avait eu lieu durant les mois de mars et d'avril 2015 sous la forme d'une orientation en 15 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20] chez « B. \_\_\_\_\_ », avec versement d'IJ [indemnité journalières] du 17.03.2015 au 10.04.2015. En conclusion de la mesure, un stage professionnel en atelier est recommandé afin de tester des pistes en lien avec un travail manuel simple. Les mesures ne se poursuivent toutefois pas, l'assuré étant à nouveau opéré en date du 17.09.2015.

Un nouveau mandat REA nous est adressé une fois la situation médicale stabilisée au 17.05.2017 :

Selon l'assestement du 31.08.2017, en vue du préjudice économique estimé à 28%, nous proposons à l'assuré une nouvelle mesure d'orientation en atelier. L'assuré nous transmet qu'il ne se projette pas dans une activité professionnelle, sa situation médicale n'étant pour lui pas satisfaisante. Nous décidons de laisser un temps de réflexion.

Le 11.09.2017, l'assuré réitère ses propos : il n'est pas prêt, pour le moment, à s'impliquer dans une quelconque mesure, selon lui, sa situation médicale n'étant pas suffisamment stabilisée.

Ce retour corrobore les propos du médecin[-]conseil de la SUVA, en page 5 de son rapport final, qui souligne « que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée paraît également limité par des facteurs non médicaux que sont la mauvaise maîtrise du français, la longueur de l'éloignement du monde du travail et l'absence de qualification chez un assuré ne paraissant pas encore prêt à s'investir dans un processus de réadaptation professionnelle et qui reste majoritairement centré sur les traitements médicaux. »

Pour ces mêmes raisons, nous pouvons conclure qu'aucune mesure ne seraient susceptibles de réduire le préjudice, en vue du profil socio-économique de notre assuré (non qualifié, faible maîtrise de la langue française, âge, et manque de capacité d'adaptation).

Conclusion :

Capacité de travail dans l'activité habituelle : 0%, selon : SUVA  
Capacité de travail dans une activité adaptée : 100%%, selon :  
idem

Revenu sans invalidité : Fr. 80'158.-- en 2017 selon contact employeur  
Revenu avec invalidité : Fr. 57'507.83.-- en 2017 selon ESS TA1  
Préjudice économique : Fr. 22'650.17 Degré d'invalidité : 28.26%

Par rapport du 2 octobre 2017, sans se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr S. \_\_\_\_\_ a fait savoir que l'évolution était stationnaire, que l'idéal était de trouver une activité professionnelle majoritairement en position « plutôt assis[e] avec quelques petits déplacements [...] en évitant la montée/descente d'escaliers trop fréquente », et que l'intéressé présentait par ailleurs des « douleurs cervicales assez importantes ».

Le 4 mai 2018, l'OAI a rendu un projet d'acceptation de rente, octroyant à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mai 2013 au 31 août 2017, basée sur un degré d'invalidité de 100 %. Pour l'examen du droit à la rente, l'OAI a retenu les atteintes à la santé de fracture multi fragmentaire ouverte du pilon tibial droit (Gustillo II) ainsi que des lombosciatalgies gauches non déficitaires et récidivantes sur hernie discale L4-L5 pour définir les limitations fonctionnelles (soit : pas de marche en terrain irrégulier, pas de marche prolongée ni de position statique debout prolongée, pas de travaux accroupis ou à genoux, pas de montée ou de descente répétée d'échelles, d'escaliers, d'échafaudages ainsi que pour le port de charges excédant 15 kg).

Dans le cadre de sa contestation du 13 juillet 2018 sur le projet de décision de l'OAI, l'assuré, par son conseil en la personne de Me Nicolas Gillard, a demandé la réalisation d'une expertise médicale comportant un examen par un spécialiste du rachis et une imagerie de la cheville droite. Il a notamment remis les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 26 avril 2018 du Dr O. \_\_\_\_\_, généraliste et médecin traitant depuis 1999. Ce rapport se termine comme suit :

“En-dehors du problème chirurgical, M. Q. \_\_\_\_\_ souffre des problèmes de santé suivants, dont une bonne partie sont d'ailleurs consécutifs à sa fracture :

- 1) Obésité : En janvier 2012, M. Q. \_\_\_\_\_ pesait, selon mon dossier, 91.8 kg. Actuellement, il en pèse 104.7. Cette augmentation du poids fait très probablement suite à l'inactivité physique consécutive à l'accident. Et elle aggrave son cas, dans un cercle vicieux relatif tant aux douleurs de cheville qu'aux lombalgies (cf infra).
- 2) Lombalgies constantes, mais avec des aggravations périodiques très invalidantes, faisant suite à une hernie discale L4-L5 postéro-latérale G [gauche] avec luxation vers le bas d'un volumineux fragment (IRM du 1.11.2005, Dr. X. \_\_\_\_\_, [...]).  
Certes, cette pathologie était présente à l'accident, mais elle en complique l'évolution : Lorsqu'on claudique à cause d'une pathologie du membre inférieur, on déséquilibre forcément la colonne vertébrale.
- 3) Syndrome des apnées du sommeil (SAS) aggravé par l'excès pondéral, traité - mais qui a néanmoins un impact sur la vigilance et le tonus du patient.
- 4) Troubles de l'équilibre faisant suite à l'ensemble des éléments médicaux chirurgicaux et de médecine générale, ayant pour conséquence que n'importe quelle profession ne saurait être proposée sans danger au patient.
- 5) Troubles du métabolisme aggravés par l'inactivité physique : HTA [hypertension artérielle], hypercholestérolémie, prédiabète...
- 6) Last but not least, apparu dès fin 2017, état dépressif, toujours en traitement par moi-même, avec irritabilité, oublis et troubles de la concentration, tristesse, troubles du sommeil..." ;

- un rapport du 28 juin 2018 relatif à un « concilium approfondi » du 26 juin 2018 adressé à l'avocat par les Drs U. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de la Clinique [...] à [...]. Ces médecins ont posé les diagnostics suivants :

- Status après fracture du dôme talien et fracture ouverte du pilon tibial droit Gustilo II le 08 mai 2012
- Status après débridement de la fracture ouverte du tibia droit et stabilisation de la cheville par fixateur externe droit le 08 mai 2012 (CHUV, Lausanne)
- Status après ablation du fixateur externe, réduction ouverte et ostéosynthèse du tibia distal à droite par une double ostéosynthèse, greffe de Thiersch et mise en place d'une attelle plâtrée le 21 mai 2012 (CHUV, Lausanne)
- Status après ablation du matériel d'ostéosynthèse du tibia droit et arthrodèse tibio-talienne par clou rétrograde trans-calcanéen à droite le 11 mars 2013 (CHUV, Lausanne)
- Status après ablation du matériel d'ostéosynthèse (clou trans-calcanéen) et ostéotomie d'extension du tibia distal droit ainsi arthrodèse péronéo-tibiale distale le 17 septembre 2015 (Dr S. \_\_\_\_\_, Morges)

- Atteinte distale mixte du nerf péronier superficiel droit à prédominance sensitive
- Lombalgie chronique sur status après diagnostic d'une hernie discale L4-L5 et discopathie L3-S1 (premier diagnostic en 2005)
- Hyper tension artérielle
- Hyper-cholestérolémie
- Syndrome d'apnée du sommeil appareillé
- Obésité avec un BMI à 35.6 kg<sup>2</sup>"

Aux termes de leur analyse ces médecins ont émis l'appréciation suivante sur le cas de l'assuré :

**“Appréciation :**

Patient de 55 ans, maçon de profession ayant été victime, le 08 mai 2012, d'un accident de travail avec chute d'une hauteur d'environ 2,50 mètres et réception sur son pied droit. Le patient a présenté une fracture ouverte du pilon tibial à droite, qui a été traitée dans un premier temps, par la mise en place d'un fixateur externe puis, par réduction sanglante et ostéosynthèse accompagnées d'une greffe cutanée selon Thiersch le 21 mai 2012 au CHUV à Lausanne. En raison de la persistance des douleurs et le développement rapide d'une arthrose de la cheville droite, réalisation d'une arthrodèse tibio-talienne par un clou rétrograde le 11 mars 2013, également au CHUV à Lausanne. Cette arthrodèse a consolidé en position vicieuse avec un varus de l'arrière-pied et un important équin au niveau de la cheville, occasionnant des douleurs à la marche, principalement au niveau de l'avant-pied sous forme de métatarsalgies.

Depuis cet accident en 2012, le patient est au bénéfice d'une incapacité de travail à 100% dans son métier de maçon. En raison des douleurs persistantes et de la gêne à la marche, une ostéotomie d'extension du tibia-distal droit ainsi qu'une arthrodèse péronéo-tibiale distale a été effectuée en septembre 2015 par le Dr. S. \_\_\_\_\_ à Morges. Cette intervention a permis de diminuer l'intensité des métatarsalgies. Le patient reste toutefois très algique et handicapé par un varus résiduel et une position en équin résiduelle qui gêne surtout le patient à la marche à plat mais surtout lors de la montée des escaliers. Le patient est muni de chaussures orthopédiques de type Künzli.

Le patient se déplace à l'aide de deux cannes anglaises en raison des douleurs et de la gêne fonctionnelle. Traitement de la douleur par Dafalgan 1 g en comprimé, jusqu'à 4 comprimés par jour.

Périmètre maximal de marche à l'extérieur d'environ 20 minutes.

Lors de l'examen de ce jour, le patient ne se plaint pas particulièrement de douleurs lombaires au quotidien. A noter, anamnesticquement, que ces douleurs lombaires étaient présentes dans les années 2005 à 2012 sous forme de douleur lombaire chronique. Le patient n'a toutefois pas consulté pour ces douleurs lombaires et a pu poursuivre son activité professionnelle de maçon en prenant occasionnellement des anti-inflammatoires pour calmer les symptômes.

Une reprise de son activité professionnelle dans sa profession initiale de maçon n'est plus réalisable en raison de la situation défavorable de la cheville et de son pied droit. De ce côté-là, persistent des douleurs de type neuropathiques et un examen neurologique

approfondi permettrait peut-être de mettre [en] évidence ou d'exclure un syndrome du tunnel tarsien, qui pourrait en tout cas expliquer une partie des douleurs neuropathiques résiduelles.

Sur le plan orthopédique, cette position encore défavorable de l'arrière-pied avec la persistance d'un varus et d'un équin au niveau de la cheville contribuent certainement en partie aux douleurs résiduelles et à la gêne fonctionnelles présentées par le patient. De ce côté-là, une nouvelle ostéotomie de correction, tant au niveau du calcaneum (ostéotomie de latéralisation) qu'au niveau de la cheville, permettrait d'obtenir une position plus anatomique du pied à la marche. Une telle correction n'offre toutefois pas de garantie absolue sur la diminution [des] douleurs présentées par le patient.

En ce qui concerne le problème lombaire, un examen approfondi chez un spécialiste du rachis devrait être également réalisé, ceci afin de déterminer l'importance de ce problème et les répercussions éventuelles sur une activité professionnelle adaptée. Avant la réalisation d'un tel examen, il n'est pas possible de se prononcer sur la réelle capacité de travail du patient, même dans une activité adaptée avec réduction des charges sur son pied droit.

Afin de mieux objectiver la situation au niveau du pied et de la cheville droite, un examen Spect-CT de la cheville droite devrait également être réalisé afin de mieux déterminer les zones de charge et de confirmer la consolidation au niveau de l'articulation sous-astragalienne, qui semble incomplète sur les clichés radiologiques standards. Nous restons volontiers à disposition pour d'autres renseignements ou complément d'examen."

L'OAI a requis le point de vue du Dr G. \_\_\_\_\_, du SMR, sur les renseignements recueillis dans le cadre de la procédure d'audition. L'avis du 25 juillet 2018 de ce médecin-conseil a fait le point suivant de la situation :

"[...] Concernant les autres atteintes à la santé, nous relevons que le syndrome d'apnée du sommeil, les troubles métaboliques, les lombalgies et l'obésité étai[en]t déjà présents lors de la première demande. Ces éléments avaient déjà été amenés par le médecin traitant en 2010 et ne se sont, à l'exception de l'obésité, pas aggravé[s]. Concernant les lombalgies, les Drs U. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ rapportent d'ailleurs que l'assuré ne se plaint pas de douleurs lombaires au quotidien, que ces dernières étaient présentes entre 2005 et 2012, qu'il n'a pas consulté pour cette raison et qu'elles ne l'ont pas empêché de poursuivre son activité professionnelle. Finalement, nous relevons que des symptômes en lien avec le SAOS (syndrome d'apnées obstructives du sommeil) ou les lombalgies n'ont à aucun moment été relevés par les différents intervenants au cours de la présente instruction médicale. A noter encore, concernant les troubles de l'équilibre mentionnés par le Dr O. \_\_\_\_\_ que contrairement à son constat, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues ne ferait vraisemblablement courir, d'un point de vue médical, aucun danger à l'assuré."

Le 25 juillet 2018, le SMR, sous la plume du Dr G.\_\_\_\_\_, a interpellé le DrO.\_\_\_\_\_ en ces termes :

“Monsieur, Cher Confrère,

Nous avons bien reçu votre rapport du 26 avril 2018 et vous en remercions.

Afin de nous permettre de poursuivre l’instruction du dossier de votre patient, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir répondre aux questions suivantes :

Concernant le diagnostic de lombalgies :

1. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?
2. Pourriez-vous nous fournir une copie des rapports de consultations en lien avec cette atteinte ?
3. Pourriez-vous décrire l’anamnèse et l’évolution clinique depuis 2010 (date et durée des péjorations, dates de consultation, évolution, réponse au traitement) ?
4. Pourriez-vous nous fournir une copie des rapports d’investigations réalisés (imagerie, consultations spécialisées, etc.) ?
5. Quels ont été les traitements prescrits par vos soins, et avec quelle réponse ?
6. Avez-vous adressé M. Q.\_\_\_\_\_ en consultation spécialisée (rhumatologie, orthopédie, antalgie) ?

Si oui, chez quel spécialiste  
Si non, pour quelle raison

Concernant l’état dépressif :

7. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?
8. Pourriez-vous nous fournir une copie des rapports de consultations en lien avec cette atteinte ?
9. Pourriez-vous décrire l’anamnèse et l’évolution clinique (date et durée des symptômes, dates des consultations, évolution, réponse au traitement) ?
10. Quels ont été les traitements prescrits par vos soins, et avec quelle réponse ?
11. Avez-vous adressé M. Q.\_\_\_\_\_ en consultation spécialisé[e] de psychiatrie ?

Si oui, chez quel spécialiste  
Si non, pour quelle raison

12. Quelles sont les limitations fonctionnelles durables d'ordre strictement médical ?
13. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée (avec une diminution des contraintes et respectant les limitations fonctionnelles), et depuis quand ?  
*(sur un taux de 100%, dans l'hypothèse d'une activité exercée à plein temps)*
14. Si cette dernière ne devait pas être de 100%, merci de nous en préciser les raisons. [...]"

Le 26 février 2019, le Dr O. \_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions complémentaires de l'OAI :

#### **"A. LOMBALGIES**

A1) Diagnostic précis : Radiologiquement, selon l'IRM [imagerie par résonance magnétique] lombaire du 01.11.2005, hernie discale L4-L5 G [gauche] postéro-latérale avec un volumineux fragment luxé vers le bas, accompagnée de discopathies L3 -->S1, avec spondylarthrose. Cliniquement : Sciatique algo-sensitive avec parésie à 3/5 de l'extenseur propre de O1 G (donc territoire L5) et diminution de la force des releveurs du pied G à la marche (examen du 24.10.05). Mon examen subséquent du 8.10.2010 ne montrait toutefois plus de trouble neurologique net, et le patient ne se plaignait alors plus de sciatique, mais de lombo-dorsalgies diffuses. En 2013 aussi (le 13 février), ne se plaignait que de lombo-cervicalgies diffuses, avec réveils nocturnes fatigants. Même chose le 2.2.2015. Il faut dire aussi que ses problèmes de cheville, et la marche avec des cannes, étaient propres à faire perdurer les plaintes rachidiennes, à l'évidence. A cette même date, j'ai dû prescrire, outre les antalgiques habituels, 6 séances de physiothérapie. Par la suite, je me suis moins occupé des lombalgies et sciatalgies G, le patient étant essentiellement gêné par sa cheville D [droite], laquelle nécessite diverses mesures antalgiques, conduites entre autres par le Dr S. \_\_\_\_\_, ce qui relègue les lombalgies à l'arrière-plan. Toutefois, interrogé par mes soins pas plus tard que hier, le patient m'a confirmé souffrir de cette jambe G par accès, parfois brutaux, intense et de courte durée, ce qui fait penser à des douleurs neuropathiques très probablement dues à la hernie discale. Quant aux lombalgies, elles sont quasi permanentes, je les estimerais, en fonction de ce qu'en dit le patient, à 4 - 5 / 10.

A2) Il n'y a pas eu de consultation spécialisée en rapport avec cette pathologie. Et je n'ai pas jugé en l'état nécessaire ou approprié de refaire une IRM lombaire, ni d'adresser le patient à un neurochirurgien. D'ailleurs, à la CRR et lors des séjours de 2014 et 2016, on s'est essentiellement occupé de la cheville, et pas du dos.

A3) Cf A1)

A4) Cf A 2)

A5) Cf A1. Il s'agit donc essentiellement d'antalgiques classiques et de physiothérapie. En outre, mais sans grand succès et mal tolérés, on a essayé des antalgiques anti-neuropathiques, mais plus pour les douleurs de la cheville D que du MIG ([membre inférieur gauche] Gabapentine, Lyrica, etc...). On les a arrêtés, de ce fait.

A6) Non, la pathologie de la cheville D étant celle qui bloquait le plus et gênait le plus le patient. Encore une fois, les lombalgies étaient plutôt à l'arrière-plan. Elles auraient néanmoins très probablement empêché ou gêné la reprise du travail, si tant est que l'état de la cheville l'eût permis.

## **B. PSYCHIATRIE**

B7) C'est le 3 janvier 2018 que le patient s'est déclaré irritable, avec des troubles intellectuels (oublis, diminution de la capacité de concentration...), insomniaque. Il s'écroulait en pleurs à tout propos et sans motif immédiat. Le tout entrainait dans le cadre d'une problématique complexe : douleurs chroniques, conflits asséculo-logiques (notamment avec la SUVA et l'AI !), problèmes familiaux (avec son fils), soucis par son employeur (à cette date, la situation n'était pas claire, car il n'était toujours pas licencié dans les règles...), et enfin (surajout récent) découverte d'une cryptorchidie dont l'opération ne serait, selon l'urologue, pas évidente du tout ! On peut ainsi poser un diagnostic de dépression d'épuisement, réactionnel à l'ensemble de ces problèmes.

B8) Je ne vais quand même pas vous transmettre mes notes manuscrites, sauf si vous y tenez !!! Mais j'ai mis le patient sous Citalopram 1 / jour et l'on peut dire que je l'ai vu en consultations ultérieures, entre autres pour son état dépressif, les 6 février 2018, 6 avril, 18 mai, 11 juillet, 9 octobre, 15 janvier 2019 et 26 février. Mais si vous y tenez, je vous transmets mes notes manuscrites, qui toutefois ne parlent pas de psychiatrie à chaque consultation, tant les éléments somatiques, socioprofessionnels, psychologiques et asséculo-logiques sont intriqués.

B9 Cf points B7) et B8) : Dans l'ensemble, il y a plutôt amélioration de l'état psychiatrique, et les plaintes spontanées y relatives, toujours sous Citalopram 1 / jr, s'estompent lentement.

B10) Cf supra : rien d'autre que le Citalopram et la « psychothérapie de pr[ac]ticien ».

B11) Non, je ne l'ai pas jugé utile, et le patient n'y tenait pas. Je lui consacre le temps nécessaire, et je ne suis pas sûr, chez ce patient très touchant mais à la capacité d'introspection limitée, que le psychiatre aiderait beaucoup. Et d'ailleurs, il va plutôt mieux sur ce plan-là.

B12) Sur un plan strictement médical, ce patient en excès pondéral considérable et souffrant de lombalgies, devrait exécuter un travail léger, assis mais permettant de fréquents changements de position,

sans avoir à soulever des poids, et bien sûr sans anomalie environnementale du type échelles, sol irrégulier, escaliers fréquents, etc.... C'est son dos (outre sa cheville) qui conditionne cette appréciation, et pas son état psychiatrique qui, selon moi, n'est pas invalidant.

B13) Je l'estimerais à quelque 50 à 66%, mais nécessitant un processus de réinsertion professionnelle complexe – que j'ai, même si ce n'est pas à moi de le dire, difficile à imaginer.

B14) A cause des douleurs chroniques, qui en elles-mêmes sont fatigantes, et nécessitent du repos.”

Dans un avis du 15 mai 2019, le Dr G. \_\_\_\_\_ s'est exprimé comme suit sur les derniers éléments recueillis par l'OAI au dossier :

“Suite à notre précédent avis SMR, nous avons réinterrogé le Dr O. \_\_\_\_\_ afin de documenter une potentielle aggravation des lombalgies et déterminer les répercussions durables de l'atteinte dépressive annoncée. Dans son courrier du 26.02.19, le Dr O. \_\_\_\_\_ décrit l'évolution de l'atteinte lombaire depuis 2005. Cette problématique a été mise en arrière-plan en raison de l'atteinte principale de la cheville. Les lombalgies sont quasi permanentes, avec accès intense de courte durée. Le thérapeute n'a pas jugé nécessaire de procéder à une nouvelle imagerie ni d'adresser l'assuré en consultation spécialisée. Traitement par antalgiques classiques et physiothérapie. Le Dr O. \_\_\_\_\_ rapporte encore que les lombalgies auraient néanmoins très probablement empêché ou gêné une reprise de travail. L'atteinte psychique est quant à elle caractérisée de réactionnelle et s'étant amélioré suite à sa prise en charge. L'état psychiatrique est selon lui non invalidant, et n'a dès lors pas non plus fait l'objet d'une prise en charge par un spécialiste en la matière. Le Dr O. \_\_\_\_\_ conclut que l'assuré devrait exercer un travail léger, assis mais permettant de changer de position, sans avoir à soulever des poids et sans activité impliquant des échelles, terrain irrégulier ou escaliers. Il estime qu'en raison des douleurs chroniques, la CT [capacité de travail] dans une activité adaptée est comprise entre 50 et 66%. En annexe, plusieurs rapports médicaux en lien avec les atteintes déjà considérées lors de la première demande (l[a] plus récente remontant à 2012), ainsi que le plan de traitement médicamenteux de l'assuré au 26.02.19 (avec traitement antalgique composé uniquement de Dafalgan 1g 4x par jour, si nécessaire).

Conclusion : En complément à notre précédent avis, nous retenons en l'état que tout porte à croire d'une part qu'il n'existe pas d'atteinte psychique durable justifiant des limitations fonctionnelles, et d'autre part que l'atteinte lombaire ne s'est vraisemblablement pas aggravée de manière significative (notamment par le fait que le médecin traitant de l'assuré n'a pas jugé indiqué de réaliser une nouvelle imagerie ou de l'adresser chez un spécialiste du rachis pour un examen approfondi). A noter que les limitations fonctionnelles en lien avec cette atteinte restent d'actualité et ont été prise[s] en

considération depuis 2005 (rapport SMR du 31.01.11 et avis SMR du 14.07.14).

Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de compléter davantage l'instruction ou de modifier les éléments retenus dans le projet de décision de mai 2018."

Par décision du 12 décembre 2019, l'OAI a confirmé le projet de décision du 4 mai 2018 en allouant à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mai 2013 au 31 août 2017. Dans un courrier séparé daté du 19 novembre 2019, faisant partie intégrante de sa décision, l'OAI a informé l'avocat de celui-ci que « les informations médicales actualisées du médecin traitant » n'apportaient aucun élément susceptible de modifier sa position, le projet critiqué reposant « sur une instruction complète sur le plan médical et économique » et étant « conforme en tous points aux dispositions légales ».

**B.** Q.\_\_\_\_\_, représenté par Me Nicolas Gillard, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte déposé le 28 janvier 2020 en concluant à sa réforme, en ce sens qu'une rente d'invalidité « pleine et entière » lui est allouée. Subsidiairement, il a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction « notamment sur le plan médical » puis nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, le recourant a fait valoir que la décision attaquée se fonde sur une « constatation inexacte et incomplète des faits pertinents » en se plaignant de la non-prise en compte de l'ensemble des avis divergents des médecins consultés. Ce faisant, il a essentiellement contesté la capacité de travail entière retenue dans des activités adaptées depuis le mois de mai 2017. A titre de mesure d'instruction, il a sollicité la mise en œuvre, par le tribunal, d'une expertise médicale pluridisciplinaire « visant à déterminer sa capacité de travail ». Sous le bordereau de pièces annexé à l'acte de recours figure notamment un courrier du 13 février 2019 du Dr S.\_\_\_\_\_ et un rapport du 11 décembre 2019 adressé au Service de l'emploi, par le Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, consulté depuis le 13 novembre 2019 par le recourant. Répondant à un questionnaire, ce

psychiatre fait part d'une incapacité de travail définitive en toute activité depuis 2014 et de l'absence de réadaptation professionnelle envisageable.

Dans sa réponse du 25 mars 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Il renvoyait en particulier la Cour de céans aux avis SMR « audition » de juillet 2018 et mai 2019 au dossier.

Le 20 août 2020, en réplique, le recourant a maintenu ses précédentes conclusions et son offre de preuves en se réservant la possibilité de requérir l'audition de ses médecins traitants « en fonction des besoins de l'instruction ». Qualifiant les avis du SMR de juillet 2018 et mai 2019 d'« incomplets et/ou en contradiction avec des avis médicaux plus récents, établis par des spécialistes des domaines concernés ayant une meilleure connaissance de la situation », il leur oppose les points de vue des Drs O. \_\_\_\_\_ S. \_\_\_\_\_ et Y. \_\_\_\_\_. Sous bordereau complémentaire, il a produit un rapport du 10 juillet 2020 du Dr S. \_\_\_\_\_ relatif à une consultation du 7 juillet 2020, dont on extrait ce qui suit :

“[...] La situation, actuellement, d'un point de vue de sa cheville droite, est stationnaire, mais est toujours marquée par l'utilisation de ses cannes anglaises, par des douleurs diffuses, avec également œdème régulier.

A ce jour, Monsieur Q. \_\_\_\_\_ me fait part d'une décompensation psychiatrique importante, qui a nécessité pendant toute cette année une prise en charge par un psychiatre, ce qui a bien entendu empêch[é] toute tentative de réorientation professionnelle.

Il me fait part également qu'il n'a pas été accepté à l'orif de [...], au vu des limitations fonctionnelles qu'il a au niveau de sa cheville droite.

Je reste bien entendu toujours surpris qu'il n'y ait pas eu une rente AI qui a été versée à Monsieur Q. \_\_\_\_\_. J'ai de la peine à comprendre pourquoi on ne donne pas une rente complète à ce patient, au vu de l'handicap physique et psychologique qu'endure ce patient depuis son accident. Actuellement, il me fait part également de la décision est aux mains du tribunal des assurances.

En ce qui me concerne et d'un point de vue orthopédique, la situation reste stationnaire avec douleurs quotidiennes, avec perturbation au niveau cutané, avec des œdèmes réguliers.

J'ai même fait un bilan radiologique à ce jour, afin de m'assurer qu'il n'y ait pas de problématique surajoutée, vu que le patient est tombé à 3 reprises pendant cette dernière année et vu le manque

d'équilibre en plus qu'il présente. La radio s'avère, à mon sens, sans nouvelle lésion mise en évidence.

Voilà en tout cas mes conclusions concernant ce patient. Pour moi, clairement, la reprise d'une quelconque activité professionnelle me paraît juste impossible.

J'espère vivement qu'il y aura une issue qui sera donnée rapidement à Monsieur Q. \_\_\_\_\_, pour qu'il puisse vivre de manière digne, comme je l'ai déjà peut-être dit dans certaines lettres."

Dans sa duplique du 11 septembre 2020, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours. Il a estimé que les critiques du recourant n'étaient pas de nature à modifier sa position, et sans que de nouvelles mesures d'instruction ne se justifiaient.

### **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 compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. c LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** La contestation porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'appréciation du degré d'invalidité propre à fonder cette prestation. Ce litige s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, déposée le 30 novembre 2012.

En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la seconde demande de prestations déposée par le recourant et a octroyé une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1<sup>er</sup> mai 2013 au 31 août 2017. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 août 2017, singulièrement sur sa capacité de travail après le mois de mai 2017.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement

être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**c)** Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. *A contrario*, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI).

**4.** Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de

l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**5. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la

situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI peuvent revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences requises par la jurisprudence en matière d'expertise médicale rappelées ci-dessus, bien qu'ils ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 ; TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3, 9C\_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 et 9C\_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées, passage non publié *in* ATF 135 V 254). Il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**6. a)** En l'espèce, aux termes de la décision attaquée, l'intimé a retenu que l'état de santé du recourant s'était amélioré au plus tard en mai 2017 et que l'intéressé ne présentait dès lors plus d'invalidité au sens de la loi.

Le recourant, de son côté, a fait valoir que sa situation n'a connu aucun changement important susceptible de modifier le droit à la rente. Déplorant une constatation inexacte des faits par l'OAI, il reproche à l'intimé de s'être fondé uniquement sur le rapport d'examen final du médecin d'arrondissement de la CNA datant de mai 2017, estimant que les avis successifs du SMR sont contredits par les rapports postérieurs divergents des médecins consultés. Il soutient présenter une incapacité de travail « totale et définitive » selon l'estimation du dernier médecin consulté, le Dr Y.\_\_\_\_\_, évaluation « corroborée par les rapports des autres médecins qui figurent au dossier ». Selon lui, en lui refusant le maintien du droit à la rente d'invalidité entière au-delà du 31 août 2017, la décision querellée « viole le droit ». En réplique, le recourant a produit un rapport du 10 juillet 2020 du Dr S.\_\_\_\_\_ et rappelle son suivi depuis la seconde moitié de l'année 2019 par un psychiatre, éléments dont il déduit que sa capacité de travail est « aujourd'hui, nulle, dans quelque activité que ce soit ». Il en veut pour preuve la reconnaissance de son incapacité de travail définitive par les instances du chômage.

**b)** Il est constant que l'assuré s'est vu allouer une rente entière d'invalidité temporaire eu égard à l'atteinte à la cheville droite, puis de l'intervention chirurgicale qui empêchait toute activité de l'assuré. Au regard de l'objet du présent litige, il n'y a pas lieu de revenir sur l'octroi de cette prestation. Il y a lieu d'examiner si, comme il le prétend, le recourant présentait encore une atteinte invalidante au-delà du mois de mai 2017.

**aa)** Sur le plan somatique, dans son rapport du 26 avril 2018, outre les conséquences chirurgicales de la fracture multi-fragmentaire ouverte du pilon tibial droit (Gustillo II) de mai 2012, le Dr O.\_\_\_\_\_ fait part d'une obésité (probablement en raison de l'inactivité physique depuis l'accident), de lombalgies constantes avec des aggravations périodiques « très invalidantes » en raison d'une hernie discale L4-L5 postéro-latérale gauche avec luxation vers le bas d'un volumineux fragment (IRM du 1<sup>er</sup> novembre 2005), d'un syndrome d'apnées du sommeil (SAS) aggravé par l'excès pondéral, traité, de troubles métaboliques (hypertension artérielle,

hypercholestérolémie, prédiabète) et de troubles de l'équilibre mettant l'assuré en danger quelle que soit l'activité professionnelle.

Concernant la prise de poids, en l'occurrence 12.9 kilos depuis l'accident du printemps 2012, elle est uniquement « probablement liée à l'inactivité de l'assuré depuis son accident » mais sans qu'il ne soit toutefois possible d'exclure une autre cause. En 2007 l'intéressé présentait déjà un excès pondéral avec un BMI à 31 (rapport du 18 octobre 2007 du Dr K.\_\_\_\_\_). Il a de toute manière été tenu compte de l'obésité lors des deux séjours de 2014 et 2016 à la CRR où des limitations fonctionnelles définitives ont été listées. Cette affection ne peut donc pas s'entendre comme une entrave supplémentaire pour l'exercice d'une activité adaptée.

Dans son rapport complémentaire du 26 février 2019, le Dr O.\_\_\_\_\_ fait état de l'évolution des lombalgies et sciatgies gauches, dont le recourant est atteint depuis plusieurs années et mises en évidence par l'imagerie lombaire le 1<sup>er</sup> novembre 2005. Il indique que l'atteinte lombaire a été reléguée « à l'arrière-plan » en raison essentiellement des problèmes de la cheville droite. Le médecin traitant a écrit qu'« il n'y a pas eu de consultation spécialisée en rapport avec cette pathologie. Et je n'ai pas jugé en l'état nécessaire ou approprié de refaire une IRM lombaire, ni d'adresser le patient à un neurochirurgien. D'ailleurs, à la CRR et lors des séjours de 2014 et 2016, on s'est essentiellement occupé de la cheville, et pas du dos ». Cela est confirmé par l'examen approfondi effectué le 26 juin 2018 par les Drs U.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ qui ont noté que « le patient ne se plaint pas particulièrement de douleurs lombaires au quotidien » et « anamnesticquement, que ces douleurs lombaires étaient présentes dans les années 2005 à 2012 sous forme de douleur lombaire chronique ». De plus, le traitement allie la prise d'antalgiques classiques et le suivi de six séances de physiothérapie. Le Dr O.\_\_\_\_\_ est d'avis que les lombalgies auraient très vraisemblablement empêché ou gêné la reprise du travail. Cela est contredit par les Drs U.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ qui, pour leur part, ont relevé que « le patient n'a toutefois pas consulté pour ces douleurs lombaires et a pu poursuivre son activité professionnelle

de maçon en prenant occasionnellement des anti-inflammatoires pour calmer les symptômes ». De son côté, l'OAI a retenu les atteintes à la santé de fracture multi fragmentaire ouverte du pilon tibial droit (Gustillo II) ainsi que des lombosciatalgies gauches non déficitaires et récidivantes sur hernie discale L4-L5 pour définir les limitations fonctionnelles (pour rappel : pas de marche en terrain irrégulier, pas de marche prolongée ni de position statique debout prolongée, pas de travaux accroupis ou à genoux, pas de montée ou de descente répétée d'échelles, d'escaliers, d'échafaudages ainsi que pour le port de charges excédant 15 kg ; cf. document intitulé « Examen du droit à la rente » [pièce 173]). Les lombalgies ont été prises en compte et ne sauraient par conséquent justifier des restrictions fonctionnelles supplémentaires à celles retenues par l'intimé. En présence d'atteintes lombaires non déficitaires et récidivantes, connues de longue date et qui n'ont pas entravé la poursuite de l'activité habituelle avant l'accident de 2012, le recourant ne peut rien tirer en sa faveur de la proposition d'un examen approfondi chez un spécialiste du rachis en vue de déterminer l'importance de ce problème et les répercussions éventuelles sur une activité professionnelle adaptée formulée par les Drs U.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ en juin 2018.

En lien avec le syndrome d'apnées du sommeil ou les problèmes métaboliques (hypertension artérielle, hypercholestérolémie, prédiabète) déjà présents lors de la première demande de prestations, il n'a pas été relevé de symptômes, comme du reste pour les lombalgies, par les divers intervenants sollicités dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande de prestations. Aussi, faute d'éléments attestant une évolution défavorable, le syndrome d'apnées du sommeil traité, malgré l'obésité, n'est actuellement pas incapacitant dans une activité adaptée telle que prise en compte par l'OAI dans sa décision. Un constat identique s'impose pour les troubles métaboliques.

Concernant les troubles de l'équilibre mentionnés par les Drs O.\_\_\_\_\_, U.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, le SMR a estimé qu'ils ne font vraisemblablement courir, d'un point de vue médical, aucun danger au

recourant dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (cf. avis SMR du 25 juillet 2018 p. 2). Il n'y a aucun motif au dossier justifiant de s'écarter de cette appréciation.

S'agissant de l'affection orthopédique du recourant à son membre inférieur droit (MID) remontant à mai 2012 et qui justifie désormais le port de chaussures orthopédiques (rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2014 du Dr I. \_\_\_\_\_), au vu des différentes prises en charge (physiothérapie, ergothérapie, ateliers professionnels, atelier pied et chaussure, consultation de podologie) dont a bénéficié l'assuré depuis la dernière intervention du 17 septembre 2015, il a été constaté, lors du second séjour à la CRR du 2 au 30 novembre 2016, que la situation était stabilisée du point de vue médical et que des limitations fonctionnelles définitives pouvaient être posées. Les médecins spécialistes ont dès lors retenu que l'intéressé devait éviter la marche en terrain irrégulier, les ports répétés de charges supérieures à quinze kilos ainsi que le maintien de la position accroupie ou à genoux (rapport du 3 février 2017 des Drs V. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_). Ces constatations ont ensuite été partagées et affinées par le médecin-conseil de la CNA (le Dr N. \_\_\_\_\_) au terme de son examen final du 17 mai 2017. Ce spécialiste en chirurgie orthopédique a complété les limitations fonctionnelles retenues à la CRR. S'il a admis que l'assuré était tenu d'éviter la marche en terrain irrégulier, le médecin-conseil de la CNA a également précisé que ce dernier devait éviter la marche prolongée. S'il a également partagé l'avis selon lequel l'intéressé devait éviter le port de charges excédant quinze kilos, le médecin-conseil a ajouté que l'assuré devait en outre éviter la montée ou la descente répétée d'échelles, d'escaliers ou d'échafaudages. Enfin, si le Dr N. \_\_\_\_\_ a également reconnu que les travaux accroupis ou à genoux étaient contre-indiqués, il a tenu à relever que la position statique prolongée n'était pas compatible avec les séquelles de l'accident du 8 mai 2012. Se fondant sur les constatations des médecins de la CRR à l'automne 2016 ainsi que sur les résultats de son propre examen clinique de mai 2017, le Dr N. \_\_\_\_\_ a estimé que, dans une activité adaptée respectant l'ensemble des restrictions énoncées, l'assuré disposait d'une capacité de travail entière (rapport final du 17 mai 2017). Dans ces conditions, il y a lieu de retenir

que l'atteinte à la cheville a été stabilisée en mai 2017 permettant l'examen du droit à la rente en lien avec une activité adaptée au handicap.

Les documents adressés les 13 février 2019 et 11 décembre 2019 au Service de l'emploi par le Dr S.\_\_\_\_\_ ne sont d'aucun secours au recourant dans la mesure où ils font part d'éléments qui sortent du cadre de l'assurance-invalidité. Ce chirurgien orthopédiste ayant opéré l'intéressé en septembre 2015, indique, le 10 juillet 2020, qu'en « ce qui [le] concerne, la situation reste stationnaire avec douleurs quotidiennes, avec perturbation au niveau cutané, avec des œdèmes réguliers ». En outre et malgré trois chutes en cours d'année, le bilan radiologique réalisé le même jour n'a pas mis en évidence de lésion surajoutée. Outre la cheville, le Dr S.\_\_\_\_\_ a fait part de « douleurs cervicales assez importantes » (rapport du 2 octobre 2017). Le 26 février 2019, le Dr O.\_\_\_\_\_ a, quant à lui, écrit que lors de ses examens successifs depuis 2005 l'assuré se plaignait de lombo-cervicalgies diffuses, avec réveils nocturnes fatigants. Toutefois selon le médecin traitant les « problèmes de cheville, et la marche avec des cannes, étaient propres à faire perdurer les plaintes rachidiennes, à l'évidence ». Hormis les plaintes, il n'y a aucun élément attestant d'une atteinte du rachis invalidante.

Ainsi, du point de vue somatique, il y a lieu de considérer que l'assuré a retrouvé une capacité de travail complète dans une activité adaptée dès mai 2017.

**bb)** Sur le plan psychiatrique, le Dr O.\_\_\_\_\_ rapporte, en avril 2018, une détérioration de l'état psychique sous la forme d'un état dépressif réactionnel traité par ses soins. Dans ses réponses complémentaires du 26 février 2019, il indique que « dans l'ensemble, il y a plutôt amélioration de l'état psychiatrique, et les plaintes spontanées y relatives, toujours sous Citalopram 1 / jr, s'estompent lentement », avec la précision que « c'est son dos (outre sa cheville) qui conditionne cette

appréciation, et pas son état psychiatrique qui, selon moi, n'est pas invalidant ».

De son côté, le psychiatre traitant depuis novembre 2019 (le DrY.\_\_\_\_\_) a répondu à un questionnaire soumis par le Service de l'emploi le 11 décembre 2019. Bien qu'il émane du psychiatre traitant de l'assuré (cf. consid. 5b supra) et soit destiné aux organes de l'assurance-chômage, il reste que ce document atteste une incapacité de travail depuis mai 2012, devenue définitive depuis 2014. Malgré l'absence de diagnostic posé faute de question précise à ce sujet, des symptômes y sont décrits (thymie très abaissée, labilité émotionnelle extrême, fatigue, asthénie, angoisse et sentiment de dévalorisation). Le 10 juillet 2020, le Dr S.\_\_\_\_\_ a écrit qu'« à ce jour, Monsieur Q.\_\_\_\_\_ me fait part d'une décompensation psychiatrique importante, qui a nécessité pendant toute cette année une prise en charge par un psychiatre, ce qui a bien entendu empêch[é] toute tentative de réorientation professionnelle ».

Or, par avis du 15 mai 2019, le médecin du SMR retenait que « l'état psychiatrique est selon lui [le Dr O.\_\_\_\_\_] non invalidant, et n'a dès lors pas non plus fait l'objet d'une prise en charge par un spécialiste en la matière ». Or, cette évaluation est finalement contredite par le suivi auprès du Dr Y.\_\_\_\_\_ dans le courant 2019 et de ses constatations corroborées par le DrS.\_\_\_\_\_ dans son dernier rapport.

**c) aa)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le

renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur les points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**bb)** En l'occurrence, compte tenu des pièces dont l'OAI disposait au moment de rendre la décision litigieuse, il n'a pas violé le droit fédéral en rejetant la demande de prestations. Toutefois, le rapport du 11 décembre 2019 du Dr Y. \_\_\_\_\_ que le recourant a produit au stade de son recours a mis en évidence la nécessité d'une instruction complémentaire sur le plan psychique. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, pour qu'il en complète l'instruction. Il lui incombera de réunir les rapports médicaux nécessaires, ainsi que de mettre en œuvre toutes autres mesures jugées utiles, afin de déterminer la nature de l'atteinte à la santé psychique du recourant, et ses répercussions sur sa capacité de travail, en indiquant précisément le début et la durée d'une incapacité éventuelle. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision.

**d)** Compte tenu de l'issue du litige, la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire doit être rejetée (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c et 120 Ib 224 consid. 2b).

**7. a)** En conséquence, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI afin qu'il en complète l'instruction dans le sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

**c)** Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

**I.** Le recours est admis.

**II.** La décision rendue le 12 décembre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour qu'il complète l'instruction au sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

**III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

**IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Q.\_\_\_\_\_ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Nicolas Gillard (pour Q.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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).

Le greffier :