

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 septembre 2021

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mme Dessaux et M. Piguet, juges  
Greffière : Mme Lopez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Laurent Damond, à  
Lausanne,

et

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

---

**Art. 8, 16 LPGA ; art. 8 et 28 LAI ; art. 87 RAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1968, ayant notamment travaillé comme serveur et chef de rang dans le domaine de l'hôtellerie-restauration, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 7 août 2009, en raison de douleurs dans le cadre d'une coalition naviculo-calcanéenne gauche, d'une arthrose talo-naviculaire gauche symptomatique et d'un status post-arthrodèse sous-talienne et talonaviculaire gauche.

Par décision du 25 mars 2010, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des mesures professionnelles et à une rente, estimant qu'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était exigible à 100 % dès le 1<sup>er</sup> février 2010, ce qui excluait une perte de gain ouvrant le droit à de telles prestations.

**b)** Après avoir débuté un nouvel emploi en qualité d'assistant de direction en restauration le 11 avril 2011, l'assuré a été mis en arrêt de travail dès le 9 juillet 2011, à la suite d'un accident professionnel au cours duquel il a heurté son pied gauche contre un meuble en glissant.

Le 13 octobre 2011, il a demandé la réouverture de son dossier à l'OAI, en lui transmettant un rapport médical du 27 septembre 2011 du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui faisait notamment état d'une péjoration des douleurs de l'arrière-pied gauche, à la suite de l'accident professionnel survenu le 9 juillet 2011.

L'OAI a ouvert une procédure de révision et a notamment recueilli le dossier de l'assuré auprès d'S.\_\_\_\_\_ SA, qui contient en particulier un rapport d'expertise orthopédique réalisée le 29 septembre 2011 par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, sur mandat de cet assureur accident. Dans son rapport d'expertise du 4 octobre 2011, le Dr M.\_\_\_\_\_

a posé les diagnostics suivants : status après contusion et probable entorse du ligament latéral interne de la cheville gauche (9 juillet 2011), status après arthrodèse sous-astragalienne et talon naviculaire de l'arrière-pied gauche pour une coalition osseuse naviculo-calcaneenne avec arthrose astragalo-naviculaire (30 juillet 2008), et arthrose des articulations de Chopart du tarse à gauche. Il a retenu que l'atteinte à la cheville gauche n'était pas compatible avec une reprise du travail dans l'activité habituelle qui s'exerçait essentiellement en position debout avec de multiples déplacements et des ports de charges. En revanche, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée, soit dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire, sans ports de charge, et permettant d'éviter la marche en terrain irrégulier.

Par décision du 16 juillet 2012, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assuré, estimant qu'il présentait toujours une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles sans perte de revenu ouvrant le droit à une rente.

L'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et a produit notamment les documents suivants :

- Un rapport médical du 9 octobre 2012 du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, mentionnant la possibilité d'effectuer un travail sédentaire léger, avec peu de déplacements et des marches limitées à des courts parcours sur des terrains plats, sans montée et descente des escaliers, et sans port de charges lourdes. Il a précisé que l'augmentation de la capacité de travail devait être progressive, à partir d'un taux entre 50 et 60 %, en raison des limitations de déplacements et de la marche dues aux douleurs. Une formation préalable lui semblait en outre nécessaire pour que l'assuré puisse assumer un nouveau métier.
- Une lettre du 6 décembre 2012 du Dr L.\_\_\_\_\_ à l'OAI mentionnant que les douleurs de l'assuré s'étaient péjorées, nécessitant l'utilisation d'une canne pour les déplacements, que le traitement antalgique était peu efficace malgré des doses adéquates, et que le taux de travail

exigible de l'assuré dans une activité adaptée était de 50 à 60 % avec une possible augmentation à mi-terme.

Le recours de l'assuré contre la décision de refus de prestations de l'OAI a été rejeté par arrêt du 21 janvier 2014 (cause AI 199/12 - 9/2014). Statuant le 18 juin 2014 sur le recours formé par l'assuré contre cet arrêt, le Tribunal fédéral l'a rejeté (cause 9C\_172/2014).

**B.** L'OAI a repris l'instruction du dossier au vu des rapports médicaux produits au stade du recours, qui laissaient penser à une possible péjoration de l'état de santé de l'assuré depuis la dernière décision rendue le 16 juillet 2012.

Dans un rapport du 5 mars 2015 à l'OAI, le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assuré, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status post arthrodèse talo-naviculaire et sous-talienne en juillet 2008 et de status après excision d'un kyste muqueux de la jonction naviculo-cuboïdienne 1 et 2 sur la face dorsale à l'intérieur du Chopart en 2011. Il a attesté d'une incapacité de travail dans l'activité de chef de rang depuis le 9 juillet 2011. Concernant les limitations fonctionnelles et l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée, il a renvoyé à l'avis des spécialistes. Il a notamment joint à son rapport les documents suivants :

- Un rapport du 29 septembre 2014 des Drs J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et E.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, respectivement médecin chef et médecin assistant au W.\_\_\_\_\_ posant les diagnostics suivants, sans se déterminer sur la capacité de travail de l'assuré : douleurs neuropathiques sur probable CRPS (syndrome douloureux régional complexe, également connue sous les noms d'algo(neuro)dystrophie ou maladie de Sudeck) du pied gauche post-traumatique, traumatisme de la cheville gauche avec choc direct le 9 juillet 2011, status après excision d'un kyste muqueux de la jonction naviculo-cuboïdienne 1 et 2 sur la face dorsale à l'intérieur du

Chopart en août 2011 et status après arthrodèse talo-naviculaire et sous-talienne en juillet 2008 pour coalition ;

- un rapport du 2 décembre 2014 du Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, duquel il ressort en substance qu'un examen neurologique réalisé le 28 novembre 2014 révélait une altération diffuse de la sensibilité tactile au niveau du pied gauche sans participation d'un nerf spécifique associée à une allodynie, mais que le bilan électrophysiologique était rassurant, les nerfs testés ne présentant aucune anomalie.

Dans un rapport du 29 mai 2015 à l'OAI et son annexe, le Dr N.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de douleur neuropathique du pied gauche avec allodynie au décours d'un probable syndrome douloureux régional complexe post-contusion de la cheville gauche en juillet 2011 (M79.6) et de difficultés liées aux conditions socio-économique et psychosociale (Z65.8). Sans effet sur la capacité de travail, il a mentionné un état après excision d'un kyste mucoïde de la jonction naviculaire-cuboïde 1 et 2 sur la face dorsale de l'interligne de Chopart (intervention réalisée en août 2011), un status post-arthrodèse sous-talienne et talo-naviculaire en juillet 2008, un antécédent de probable coalition congénitale calcané-naviculaire, une hypertension artérielle traitée, une intolérance aux hydrates de carbone (pré-diabète) et un excès pondéral. Le pronostic était réservé du fait de l'évolution chronique récurrente des douleurs des cheville et pied gauches. L'inefficacité des différentes modalités thérapeutiques et l'utilisation d'une canne pour la marche constituaient aussi des facteurs défavorables. Comme limitations fonctionnelles physiques, il a mentionné une impossibilité de rester debout sur de longues périodes, des déplacements répétés difficiles, une restriction de la marche à des temps de parcours de moins de 15 minutes, une limite de port de charges à 7 kg, une impossibilité de monter et descendre les escaliers de manière répétée et une impossibilité de monter et descendre sur les échelles et échafaudages ; la position accroupie devait être évitée. Comme restriction psychique, il a évoqué une douleur neuropathique et une allodynie persistante de la partie distale du membre inférieur gauche, qui

entraînaient des difficultés psychosociales. Le travail de chef de rang ou de serveur dans la restauration n'était plus exigible, l'assuré ne pouvant l'exercer qu'à un taux résiduel faible de 20 à 25 %. Un travail adapté (soit une activité sédentaire ou semi-sédentaire, sans port de charge, sans marche répétée notamment sur terrain irrégulier, sans montée ni descente des escaliers ou d'échafaudages) pouvait être réalisé à raison initialement de 2 à 3 heures par jour et après la mise en place de mesures de formation ou de reconversion professionnelle.

L'OAI a fait réaliser une expertise rhumatologique par la Dre I.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, qui a vu l'assuré en date du 17 décembre 2015. Dans son rapport du 4 janvier 2016, l'experte a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status après arthrodeèse consolidée (IRM 2014) sous-talienne et talo-naviculaire avec greffe osseuse prélevée sur la crête tibiale et d'une épiphysite de contrainte ou d'insertion de ligament latéral externe de la cheville gauche. Sans effet sur la capacité de travail, elle a retenu une discrète arthrose naviculo-cunéiforme, un status après probable algoneurodystrophie (novembre 2011) avec douleurs neuropathiques, et un status après ablation d'un kyste mucoïde aux dépens de l'interligne articulaire entre le naviculaire et les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cunéiformes du pied gauche.

La Dre I.\_\_\_\_\_ a observé certaines incohérences et exagérations dans le comportement de l'assuré. A ce propos, elle a notamment indiqué ce qui suit :

« Comportement : légèrement anxieux, collaborant, très organisé pour son dossier, a photocopié toutes les pièces pour l'experte, attitude visant à l'exagération d'emblée en entrant dans le cabinet. Marche en prenant appui sur le talon gauche mais en oubliant de prendre appui sur sa canne. Il marche en extension du genou alors qu'il peut marcher en fléchissant le genou normalement par la suite. Comme l'a déjà décrit l'experte pour poser la main sur sa cheville gauche, il n'est même plus capable de fléchir la hanche et le genou pour mettre le pied à hauteur de sa main. Curieusement, il ne peut pas non plus pencher le buste vers ses genoux pour atteindre sa cheville. Il adopte une attitude d'inclinaison du buste sur la gauche et essaye vainement d'atteindre sa cheville gauche. Il n'aura pas de mal à enlever son pantalon, à lever les jambes, à prendre appui sur les 2 MI [membres inférieurs] pour enlever son pantalon ou remettre

ses chaussures. Il sera d'ailleurs observé en quittant le cabinet : juste avant que l'experte ne ferme la porte, il utilise sa canne, dit au revoir poliment puis s'accroche à la rampe avec la canne. L'experte ferme la porte et la rouvre après quelques secondes, Monsieur descend à une allure normale sans se servir de sa canne. Il traverse le hall d'entrée pratiquement sans claudiquer. L'experte l'observe marchant la rue sur environ 300 mètres, la marche est rapide et lorsqu'elle le regarde traverser au loin un passage piéton, il ne s'appuie pas sur sa canne et fait de grandes enjambées. Il décrit des douleurs plutôt sur le dos du pied et le versant externe de la cheville mais curieusement s'appuie et sur le talon et sur ce versant externe. L'experte lui fait remarquer. Lorsque l'experte touchera le pied gauche et la cheville gauche au début monsieur oublie de réagir et l'experte n'a aucun mal à frôler le pied et à le palper. Puis ensuite il prend conscience de ceci et alors retire la cheville, fait des grimaces et des mimiques algiques. »

Des incohérences dans les déclarations de l'assuré, en particulier sur sa consommation d'antalgiques, ont également été relevées par l'experte, qui a notamment mentionné ce qui suit :

« À l'anamnèse du jour, Monsieur T.\_\_\_\_\_ rapporte qu'après le traumatisme du 09.07.2011 les douleurs ont été progressivement croissantes d'abord des sensations électriques dans le gros orteil puis progressivement des paresthésies et des brûlures sur le reste de la cheville et du pied, ceci à partir de mars 2012. Actuellement, il montre les douleurs sur la face latérales externes du pied. Il décrit une intensité très élevée d'en moyenne 8-8,5 cm sur 10 EVA, soulagée essentiellement par la prise de Lyrica traitement instauré en juillet 2014, le TENS et l'application de chaleur localement. La douleur est permanente, jour et nuit, augmentant à l'appui du pied sur le sol, gênant la marche au point que le périmètre est de 5 minutes avec ensuite nécessité de s'asseoir. Monsieur T.\_\_\_\_\_ ne fait aucune tâche ménagère, sort une fois par jour le matin et quelques fois l'après-midi. Il annonce comme prise médicamenteuse 3 cp de Lyrica/jour, 2 cp de Dafalgan/jour mais cette prise ne correspond pas à l'historique pharmaceutique depuis juin-juillet 2015. En effet, on constate que théoriquement il ne prend qu'un cp de Lyrica 100 mg tous les 2 jours de même que pour le Dafalgan depuis l'été 2015. De juin 2014 à juin 2015, il a pris 2c/j en moyenne de Lyrica. Il est donc difficile de croire à ce moment à de grosses douleurs invalidantes.

Devant l'absence d'achat d'AINS ou antalgiques de janvier 2014 à juillet 2014, l'experte a demandé un complément d'historique pharmaceutique : en 2012 et 2013, En 2012 seul achat en octobre de 100 cp de Dafalgan et le 31 mai 2013 seul achat de l'année 20 cp d'Ibuprofen 400mg et pas d'achat jusqu'en juillet 2014. Monsieur n'achète ses médicaments que dans cette pharmacie. Cette découverte fait évidemment penser à l'experte que Monsieur n'avait pas ou très peu de douleurs depuis 2012 et qu'il n'y a pas eu d'aggravation de son état douloureux. »

Concernant les limitations fonctionnelles, la Dre I.\_\_\_\_\_ a retenu qu'il n'y avait pas de restriction dans une station assise prolongée, qu'une station debout prolongée était limitée à 2-3 heures, l'assuré devant ensuite pouvoir s'asseoir, que la marche en terrain instable et le travail en hauteur devaient être évités, que le port de charge était possible jusqu'à 8 kg, que la position à genoux était possible, que la position accroupie était également possible mais pas de manière maintenue, et que la montée et la descente des escaliers étaient possibles mais pas de manière incessante. Dans l'activité habituelle, la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis le 9 juillet 2011 et n'était pas rétablie au jour de l'expertise. En revanche, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée, sauf pour la période entre le 8 novembre 2011 et le 7 février 2012, pour laquelle l'experte a retenu une incapacité de travail dans toute activité en raison de l'ablation du kyste mucoïde.

Le 8 juillet 2016, le Dr F.\_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI un rapport (en grande partie illisible) établi en mars 2016 par le Dr N.\_\_\_\_\_, confirmant les diagnostics posés précédemment, en faisant en outre état d'un possible syndrome douloureux somatoforme persistant.

Dans un rapport du 28 septembre 2016 à l'OAI, le Dr H.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assuré, a mentionné comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), une anxiété généralisée (F41.1), un trouble de la personnalité sans précision (F60.9), et un « état douloureux chronique », ces atteintes existant depuis le 15 janvier 2016. Sans effet sur la capacité de travail, il a mentionné des difficultés liées à l'environnement social (Z60). L'incapacité de travail était de 100 % depuis le 15 janvier 2016 dans l'activité de chef de rang. Il était d'avis que l'exercice d'une activité adaptée était envisageable à un faible taux d'activité. Concernant les restrictions à une activité professionnelle, il a indiqué des troubles de la marche en raison de douleurs sévères au niveau des cheville et jambe gauches, un état de fatigue décrit comme permanent, une irritabilité, respectivement un seuil bas à la frustration dans le contact avec autrui, ainsi que des troubles de la concentration et

de l'attention. Une amélioration de la capacité de travail lui semblait probable avec la poursuite du traitement psychiatrique et, sur le plan physique, avec tout traitement pouvant diminuer l'intensité et la durée de l'état douloureux.

L'assuré a séjourné à BC. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> au 14 mars 2017. Dans leur rapport du 12 avril 2017, les Drs E. \_\_\_\_\_ et RL. \_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics suivants :

« DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs du pied gauche

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- Douleurs neuropathiques résiduelles du pied gauche avec allodynie
- Traumatisme de la cheville gauche par choc direct en juillet 2011 avec probable CRPS dans les suites
- Episode dépressif moyen avec syndrome somatique

CO-MORBIDITES

- Lombalgies d'origine musculo-squelettique
- Hypertension artérielle traitée
- Diabète de type II, traité
- Obésité (BMI : 35.12 kg/m<sup>2</sup>)

ANTECEDENTS

- Status post-ablation d'un kyste mucoïde de l'interligne articulaire de la jonction naviculaire, cuboïde I-II à la face dorsale de l'interligne de Chopart le 08.11.2011
- Status post-arthrodèse sous-talienne et talo-naviculaire G [gauche] le 30.08.2008
- Antécédent de probable coalition congénitale calcanéo-naviculaire G »

Ils étaient d'avis que les plaintes de l'assuré et les limitations fonctionnelles s'expliquaient partiellement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Les aptitudes fonctionnelles rapportées par le client et son retour au travail étaient influencés négativement par des facteurs contextuels, tels une longue durée d'incapacité de travail, l'absence de contrat de travail et une auto-appréciation extrêmement basse de ses capacités fonctionnelles. Les limitations fonctionnelles suivantes ont été retenues au cours du séjour : port de lourdes charges, activités nécessitant la montée et la descente d'escaliers et d'échelles, ainsi que les marches en terrain irrégulier. Le pronostic de réinsertion dans

l'ancienne activité était défavorable en raison de facteurs médicaux et non médicaux. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré était défavorable en raison de facteurs non médicaux. Concernant le volet psychiatrique, il ressort du rapport du 23 mars 2017 de la Dre B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, que l'assuré ne présentait pas de ralentissement psychomoteur et qu'il n'y avait pas d'élément orientant vers un trouble de l'attention, de la mémoire, de l'orientation, ni de trouble du registre psychotique. Concernant l'humeur, l'assuré décrivait une thymie variable, légèrement abaissée au jour de l'examen. La Dre B.\_\_\_\_\_ mentionnait un repli sur soi avec des troubles de la concentration, une légère baisse de l'estime de soi et une augmentation de l'irritabilité. Elle a retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique dans un contexte de douleurs chroniques évoluant depuis 2011.

Une IRM lombaire réalisée le 29 mai 2017 au Service de radiologie de O.\_\_\_\_\_ a révélé des discopathies dégénératives L4-L5 et L5-S1 et une petite hernie discale de localisation médiane et paramédiane gauche L4-L5.

Dans un rapport du 31 mai 2017, le Dr N.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants :

- « - Lombalgies sur spondylose et discopathie dégénérative L4-L5 avec protrusion discale herniaire médiane et paramédiane gauche à ce niveau ; discopathie L5-S1 protrusive médiane.
- Douleur neuropathique résiduelle du pied gauche avec allodynie au décours d'un probable syndrome douloureux régional complexe post-contusion de la cheville gauche en juillet 2011.
- Possible syndrome douloureux somatoforme persistant.
- Status post-arthrodèse sous-talienne et talo-naviculaire le 30.08.2008.
- Antécédent de probable coalition congénitale calcanééo-naviculaire.
- Status post-ablation d'un kyste mucoïde de l'interligne articulaire de la jonction naviculaire-cuboïde 1-2 à la face dorsale de l'interligne de Chopart le 8.11.2011.
- Antécédent de probable coalition congénitale calcanééo-naviculaire.
- Hypertension artérielle traitée.
- Diabète de type 2 traité.
- Episode dépressif moyen avec syndrome somatique.
- Acouphènes bilatéraux.
- Obésité. »

Comme limitations fonctionnelles, il a mentionné les positions statiques assise et debout, les positions en porte-à-faux du dos, la marche surtout en terrain irrégulier, les montée et descente d'escaliers ou d'échelles et une limitation dans tous les efforts pour porter, soulever ou déplacer des charges moyennes.

Dans un rapport du 6 juin 2017, le Dr H.\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics posés dans son précédent rapport du 28 septembre 2016, en précisant que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Les limitations fonctionnelles étaient des troubles de la concentration et de l'attention, des troubles de compréhension en français, une fatigabilité, un seuil bas au stress, une irritabilité et des difficultés interpersonnelles.

Le 6 juin 2017, l'assuré a été vu par la Dre AC.\_\_\_\_\_, spécialiste oto-rhino-laryngologue, qui a diagnostiqué un acouphène bilatéral neurosensoriel.

A la suite d'un avis du SMR du 22 juin 2017 préconisant une expertise pluridisciplinaire, l'OAI a mandaté à cet effet V.\_\_\_\_\_. Dans ce cadre, l'assuré a été vu par les Drs K.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, D.\_\_\_\_\_, neuropsychologue, et AB.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychologie. Dans leur rapport d'expertise du 9 novembre 2017, les experts ont posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de status après double arthrodeuse sous-astragaliennne gauche. Sans incidence sur la capacité de travail, ils ont mentionné les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) existant depuis 2013, d'épisode dépressif actuellement en rémission, débuté en janvier 2016, de lombalgies communes chroniques, d'hypertension artérielle connue depuis 2012, de diabète de type 2 connu depuis 2014, de gastralgies depuis 2016 et d'hypercholestérolémie diagnostiquée en septembre 2017. Sur le plan physique, les experts ont retenu une incapacité de travail totale dans les activités de maître d'hôtel et de serveur depuis l'entorse de juillet 2011. En revanche, une pleine capacité de travail était reconnue dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré, à

savoir dans un travail en position assise, sans nécessité de faire de grands déplacements, permettant l'utilisation de cannes pour les déplacements et sans port de charges. Sur le plan psychique, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles et la capacité de travail était considérée comme complète dans toute activité sans diminution de rendement au jour de l'expertise. Pour la période antérieure à l'expertise, ils ont retenu qu'entre début 2012 et le milieu de 2014, la situation clinique s'était péjorée en raison de l'algodystrophie de Sudeck et qu'une activité adaptée n'aurait sans doute pas été envisageable durant cette période. Depuis le milieu de 2014, la situation était stable sur le plan somatique et identique au jour de l'expertise. Sur le plan psychique, ils ont estimé que l'assuré avait présenté une incapacité de travail totale entre mi-janvier 2016 et le printemps 2017 en raison de l'état dépressif.

Dans un rapport complémentaire du 18 janvier 2018, la Dre K.\_\_\_\_\_ du V.\_\_\_\_\_ a répondu à des questions complémentaires de l'OAI concernant l'incapacité de travail retenue entre 2012 et 2014 pour des raisons physiques.

L'assuré a séjourné entre le 1<sup>er</sup> et le 30 mai 2018 à BC.\_\_\_\_\_. Dans le rapport de séjour du 13 juin 2018, les Drs AD.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et CG.\_\_\_\_\_ n'ont pas posé de nouveau diagnostic sur le plan somatique. Les limitations fonctionnelles liées au membre inférieur gauche et aux lombalgies étaient le port de charges lourdes, les mouvements répétitifs de flexion-extension du tronc, la marche prolongée sur tout type de terrain, surtout en terrains irréguliers, ainsi que les positions contraignantes pour la cheville, soit un accroupissement complet, et la montée et descente de manière répétitive des escaliers et échelles. Ils ont relevé que des facteurs contextuels pouvaient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient, notamment un sentiment d'handicap fonctionnel extrême associé à une focalisation sur la douleur. Ils ont aussi observé que l'amélioration spectaculaire de certains tests fonctionnels pouvait correspondre à une réduction d'auto-limitation. Dans le rapport de consilium psychiatrique du 4 mai 2018, la Dre B.\_\_\_\_\_ a notamment

mentionné que les plaintes de l'assuré lors de la consultation étaient principalement des troubles de la concentration et du sommeil ainsi qu'une humeur basse. Elle n'observait pas de ralentissement psychomoteur, il n'y avait pas d'élément orientant vers un trouble de l'attention ou de la mémoire, ni de l'orientation et il n'y avait pas non plus d'élément du registre psychotique. Elle retrouvait une légère baisse de l'estime de soi. Elle a retenu le diagnostic d'épisode dépressif léger avec une amélioration globale de l'humeur par rapport à la précédente évaluation effectuée lors du premier séjour en 2017. Elle constatait toutefois que l'assuré était encre dans une position d'invalidé et dans l'attente d'une rente en désinvestissant un possible retour à une activité professionnelle.

A la suite de questions complémentaires de l'OAI sur le diagnostic d'épisode dépressif retenu par V.\_\_\_\_\_, le Dr AB.\_\_\_\_\_ a établi un rapport complémentaire le 21 juin 2018 dans lequel il a notamment précisé les éléments qui l'avaient conduit à retenir une incapacité de travail de janvier 2016 au printemps 2017 en raison de l'épisode dépressif.

Dans un avis du 16 juillet 2018, le Dr DA.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a retenu que l'incapacité de travail pour raison psychiatrique avait débuté en janvier 2016 en se ralliant ainsi à l'avis de l'expert du V.\_\_\_\_\_. Concernant l'amélioration de l'état psychique avec récupération d'une pleine capacité de travail en lien avec ce trouble, il proposait d'admettre la date du 20 septembre 2017, qui correspondait à la date de l'examen par le psychiatre du V.\_\_\_\_\_ au cours duquel le constat d'épisode dépressif léger sans incidence sur la capacité de travail avait été posé.

Dans un projet de décision du 21 août 2018, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il envisageait de lui octroyer une rente entière du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2017. Il a estimé qu'hormis une incapacité de travail de 100 % dans toute activité entre le 15 janvier 2016 et le 19 septembre 2017 pour des raisons psychiques, l'assuré présentait une pleine capacité

de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Après comparaison du revenu de 67'711 fr. 94 pouvant être réalisé dans une activité adaptée et d'un revenu hypothétique sans invalidité de 51'391 fr. 76, tous deux calculés sur la base des données salariales statistiques, l'OAI a retenu un degré d'invalidité nul, qui n'ouvrait pas le droit à la rente, ni à des mesures professionnelles.

Par courrier du 18 septembre 2018, l'assuré, représenté par Me Laurent Damond, s'est opposé à ce projet de décision. Il a fait valoir que son état de santé n'avait pas changé depuis le début de l'année 2017 et que la rente devait ainsi être maintenue au-delà du 31 décembre 2017. A l'appui de son opposition, il a notamment produit un rapport du 5 novembre 2018 de la Dre Q.\_\_\_\_\_, faisant notamment état de douleurs chroniques de la cheville gauche extrêmement invalidantes, puisque l'assuré était obligé de se déplacer avec deux cannes et qu'il boitait de manière continue, malgré un traitement antalgique conséquent. La médecin traitante a aussi évoqué l'existence d'un état dépressif découlant des douleurs chroniques et pour lequel l'assuré était suivi par le Dr H.\_\_\_\_\_. Elle a ajouté que la situation globale de l'assuré se compliquait dans un contexte de manque d'activité physique par l'installation d'un syndrome métabolique (diabète, hypertension, obésité morbide).

Dans un avis du 21 janvier 2019, le Dr DA.\_\_\_\_\_ du SMR a maintenu que la situation de l'assuré était inchangée depuis longtemps sur le plan orthopédique et qu'elle s'était améliorée sur le plan psychiatrique comme cela ressortait de l'examen pratiqué dans le cadre de l'expertise du V.\_\_\_\_\_.

Par décision du 24 février 2020, l'OAI a confirmé le droit à une rente entière limitée dans le temps pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2017. Dans un courrier joint à la décision, il s'est déterminé sur les arguments soulevés par l'assuré au stade de la procédure d'opposition.

**C.** Par acte de son mandataire du 19 mars 2020, T.\_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal

contre la décision précitée, en concluant, avec suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière. Il a allégué qu'il était toujours atteint dans sa santé, que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis le moment où il a bénéficié d'une rente, mais continuait au contraire de se dégrader, et que la rente octroyée par l'intimé devait être maintenue dans le temps.

Dans sa réponse du 28 mai 2020, l'intimé a proposé le rejet du recours.

Dans sa réplique du 18 septembre 2020, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire médicale pluridisciplinaire, en alléguant qu'il présentait une incapacité de travail totale tant au regard des affections physiques que psychiques, et en réitérant que son état de santé s'était dégradé. A l'appui de son écriture, il a produit divers documents médicaux.

L'intimé a maintenu ses conclusions aux termes de sa duplique du 12 octobre 2020.

Le 23 mars 2021, le recourant a produit un rapport du 12 janvier 2021 des Drs GA.\_\_\_\_\_ et FB.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant au X.\_\_\_\_\_, faisant état d'une hospitalisation en mode volontaire du recourant entre le 22 et le 31 décembre 2020, en raison d'un épisode dépressif sévère. Dans ce rapport, ils ont posé les diagnostics suivants :

« **Diagnostic(s)**

**Diagnostic principal**

Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) **versus** Troubles schizo-affectif, type dépressif (F25.1) **versus** Autres troubles psychotiques non organiques : Psychose hallucinatoire chronique (F28).

**Diagnostic secondaire**

Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)

**Comorbidité active**

Diabète sucré non insulino-dépendant : Sans complication : non désigné comme décompensé (E11.90) »

Ils ont mentionné qu'il était difficile de faire la part entre les différents diagnostics, vu l'absence de recul par rapport à la temporalité des symptômes thymiques, mais le fond de psychose semblait indépendant des affects. Ils préconisaient une confirmation de l'un ou plusieurs diagnostics à distance de l'hospitalisation.

Dans un courrier du 17 mai 2021, se prévalant d'un avis du SMR du 3 mai 2021 qu'il a joint à son envoi, l'intimé a fait valoir que le rapport de X.\_\_\_\_\_ produit par le recourant ne démontrait pas une péjoration de son état de santé entre septembre 2017 et août 2020 et n'avait dès lors pas d'influence sur le bien-fondé de la décision attaquée du 24 février 2020. L'intimé a également produit un rapport du 7 avril 2021 du Dr RT.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint au X.\_\_\_\_\_, mentionnant notamment que l'assuré était suivi par ce service depuis septembre 2020 et qu'il n'était médicalement pas en mesure de travailler à l'heure actuelle et ceci sur le long terme, en raison d'une maladie psychiatrique lourde et durable.

### **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 ; BLV 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 droit du recourant à une rente d'invalidité.

**3. a)** 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).

**b)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

**c)** Les règles et principes jurisprudentiels relatifs à la révision du droit à une rente d'invalidité, au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, sont applicables lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression ou la modification de cette rente, respectivement octroie une rente pour une durée limitée (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 8C\_607/2015 du 3 février 2016 consid. 2).

Lors de l'octroi d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, le moment déterminant pour effectuer la comparaison est, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, celui de la diminution ou de la suppression de la rente en application du délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI (VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 3068 et réf. cit. p. 833 s. ; cf. également TF 9C\_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1 et les références).

**d)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à 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 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\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**e)** 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).

Le Tribunal fédéral a par ailleurs maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques du trouble au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; TF 9C\_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

**4. a)** En l'espèce, l'intimé a retenu que le recourant avait présenté une totale incapacité de travail du 15 janvier 2016 au 19 septembre 2017 pour des motifs psychiques et qu'il avait récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 20

septembre 2017. Il a par conséquent alloué une rente entière du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2017, en tenant compte du délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI.

Le recourant demande la poursuite du versement de la rente pour la période postérieure au 31 décembre 2017 (cf. acte de recours, point 2 de la partie IV En droit) et ne conteste pas la décision de l'intimé en ce qui concerne le refus de prester pour la période antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2017. Il n'y a donc pas lieu de revenir sur ce point et il convient d'examiner si effectivement l'état de santé du recourant s'est amélioré au point de permettre, dès le 20 septembre 2017, la reprise d'une activité adaptée et de réaliser un revenu excluant le droit à la rente.

**b)** Sur le plan somatique, l'intimé a fait réaliser une expertise rhumatologique par la Dre I. \_\_\_\_\_ en décembre 2015. Cette experte a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status après arthrodèse consolidée sous-talienne et talo-naviculaire et d'épiphysite de contrainte ou d'insertion du ligament latéral externe. Les autres diagnostics posés concernaient également le membre inférieur gauche (soit une arthrose naviculo-cunéiforme, un status après probable algoneurodystrophie avec douleurs neuropathiques et un status après ablation d'un kyste mucoïde), mais n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail du recourant. L'experte était frappée par le comportement d'amplification du recourant, alors que l'examen physique ne montrait qu'une restriction de mobilité sous astragalienne et du Chopart, comme on pouvait s'y attendre après une arthrodèse, et qu'un léger boitement était également attendu dans ces conditions. Quant à l'IRM du 30 avril 2014 du pied et de la cheville gauches, dont les résultats étaient superposables à ceux d'une scintigraphie osseuse réalisée le 23 décembre 2015, elle ne permettait pas d'expliquer les douleurs mécaniques évoquées par le recourant (p. 27 et 28 du rapport d'expertise). Comme limitations fonctionnelles, la Dre I. \_\_\_\_\_ a retenu que la station debout prolongée ne pouvait pas durer au-delà de 2-3 heures, que la marche sur terrain instable et le travail en hauteur devaient être évités, que le port de charges ne devait pas dépasser 8 kg, que la

position à genoux et accroupie ne pouvaient pas se faire de manière maintenue et que la montée et la descente des escaliers étaient possibles mais pas de manière incessante. Au jour de l'expertise, le recourant n'avait pas récupéré une capacité de travail dans l'activité habituelle. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées, l'experte rhumatologue a conclu à une pleine capacité de travail.

L'OAI a par la suite mandaté le V.\_\_\_\_\_ pour une expertise pluridisciplinaire qui a été réalisée en août et septembre 2017. Sur le plan somatique, les experts du V.\_\_\_\_\_ ont eux aussi retenu que l'atteinte au pied gauche (soit un status après arthrodèse sous-astragaliennne gauche) entraînait une incapacité de travail dans l'activité habituelle, qui s'exerçait essentiellement debout, mais que le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, soit dans une activité en position assise, sans nécessité de rester debout au-delà de quelques minutes, sans nécessité d'effectuer de grands déplacements, permettant d'utiliser les cannes pour les déplacements et sans port de charges. Concernant le membre inférieur gauche, l'examen rhumatologique montrait quelques signes dystrophiques au niveau cutané avec une peau rouge et lisse sur non-utilisation et non mobilisation de certaines articulations du pied. Le dernier examen radiologique standard effectué lors de l'hospitalisation à la BC.\_\_\_\_\_ en mars 2017 ne montrait pas de nette arthrose tibio-astragaliennne gauche, ni au niveau de l'articulation de Lisfranc, comme cela se produisait parfois. Selon l'expert rhumatologue, on pouvait donc s'étonner de l'absence de mobilité à ces deux articulations à l'examen clinique (p. 38 du rapport d'expertise).

Quant aux autres diagnostics posés sur le plan somatique, à savoir des lombalgies communes chroniques, une hypertension artérielle, un diabète, des gastralgies et une hypercholestérolémie, elles n'avaient pas d'effet sur la capacité de travail. Concernant les lombalgies communes, l'expert rhumatologue a indiqué qu'elles s'expliquaient par la marche en décharge chronique du membre inférieur gauche et étaient

sans substrat anatomique selon les derniers rapports médicaux (p. 37 du rapport d'expertise). S'agissant de l'obésité et de l'hypertension artérielle, qui n'étaient pas en soi limitatives de la capacité de travail mais qui ne permettaient pas au recourant d'exercer des travaux physiques éprouvants, ils étaient compatibles avec un travail essentiellement assis ne nécessitant pas une grande activité physique (p. 37 du rapport d'expertise).

Les médecins de la BC. \_\_\_\_\_ ont eux aussi fait état des troubles précités, en particulier des troubles du pied gauche et du dos, étant précisé que, du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic, mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est pertinent (TF 9C\_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2). Comme limitations fonctionnelles, ils ont mentionné les positions contraignantes pour la cheville (soit un accroupissement complet), les montée et descente de manière répétitive d'escaliers et d'échelles, la marche prolongée sur tout type de terrains, surtout en terrain irrégulier, le port de charges lourdes et les mouvements répétitifs de flexion-extension du tronc. Pour les médecins de la BC. \_\_\_\_\_, le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, puisque le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée était défavorable uniquement en raison de facteurs non médicaux.

Il ressort de ce qui précède que les constatations des experts du V. \_\_\_\_\_, de la Dre I. \_\_\_\_\_ et des médecins de BC. \_\_\_\_\_ sont, pour l'essentiel, largement concordantes et reconnaissent, sur le plan somatique, une pleine capacité de travail du recourant dans une activité essentiellement sédentaire, sans longs déplacements, sans port de lourdes charges, ni marches en terrain irrégulier.

Le recourant n'émet aucun grief à l'encontre des observations et conclusions des spécialistes précités et se base uniquement sur l'avis de ses médecins traitants pour contester la décision de l'intimé. Or, les rapports médicaux des Drs F. \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ ne sont pas de nature à

mettre en doute les conclusions des experts mandatés par l'intimé et des médecins de BC.\_\_\_\_\_. Dans ses rapports des 5 novembre 2018 et 9 juillet 2020, la Dre Q.\_\_\_\_\_ ne s'est pas déterminée sur la capacité de travail et a essentiellement mis en avant les douleurs chroniques du recourant, sans apporter d'éléments objectivables permettant de s'écarter des conclusions des experts et des médecins de BC.\_\_\_\_\_. Le Dr N.\_\_\_\_\_, qui au demeurant retient des limitations fonctionnelles concordant avec celles des experts mandatés par l'intimé et des médecins de BC.\_\_\_\_\_, ne conteste pas que les troubles à la santé du recourant sont compatibles avec une reprise du travail dans une activité adaptée. Il estime qu'une reprise devrait intervenir progressivement. La limitation du taux d'activité préconisée par le Dr N.\_\_\_\_\_, dans un premier temps tout au moins, ne s'explique toutefois pas au regard des constatations objectives des experts. Ces constatations revêtent un poids d'autant plus important qu'ils ont observé des signes d'amplification et d'auto-limitation et que la Dre I.\_\_\_\_\_ a constaté des incohérences entre les plaintes algiques du recourant et sa faible consommation d'antalgiques.

Sur le plan somatique, le recourant présente donc une pleine capacité de travail dans une activité adaptée comme l'a retenu à juste titre l'intimé.

**c)** Sur le plan psychiatrique, il ressort du rapport d'expertise du V.\_\_\_\_\_ et du rapport complémentaire du Dr AB.\_\_\_\_\_ du 21 juin 2018 que le recourant se plaignait d'une symptomatologie dépressive permanente depuis avril 2013, d'intensité très forte qui n'était pas seulement liée aux douleurs selon lui. L'examen psychiatrique montrait un homme inquiet par rapport à son avenir financier et légèrement déprimé. Le syndrome douloureux chronique n'était qu'en partie expliqué par des problèmes physiques, puisqu'il existait un contexte psycho-social (le décès de la mère de l'expertisé en 2012 qui l'avait beaucoup affecté, l'impossibilité de continuer à exercer son métier de base qui le valorisait, les difficultés financières). Ce syndrome assurait en outre au recourant une aide et une sollicitude accrue de son épouse qui assumait tout à la maison. L'expert psychiatre a retenu le diagnostic de syndrome

douloureux somatoforme persistant. Les plaintes dépressives du recourant contrastaient avec un examen psychiatrique nettement plus rassurant, qui faisait retenir à l'expert que l'épisode dépressif était en rémission et d'intensité légère au jour de l'expertise. Les observations de l'expert montraient un expertisé légèrement déprimé : triste, inquiet, sans ralentissement psychomoteur, sans troubles cognitifs, ni signes de négligence personnelle. La symptomatologie dépressive résiduelle, ainsi que les inquiétudes dont faisait part le recourant étaient à mettre sur le compte du syndrome somatoforme douloureux. Concernant les diagnostics d'anxiété généralisée et de trouble de la personnalité non spécifié évoqués par le psychiatre traitant du recourant, l'expert du V. \_\_\_\_\_ n'avait trouvé aucun argument pour retenir ces diagnostics. Les inquiétudes étaient d'apparition récente et liées aux conséquences de l'incapacité de travail dans l'ancien métier. L'expert n'avait relevé aucun indice tendant vers l'existence de traits de personnalité pathologique, ni dans l'histoire personnelle, ni à l'examen psychiatrique. Sur le plan neuropsychologique, aucun diagnostic n'a été posé et des signes de défaut d'effort ou de surcharge invalidaient partiellement l'examen (p. 31 et 34 du rapport d'expertise). Sur le plan psychique, l'expert du V. \_\_\_\_\_ a constaté qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles et que la capacité de travail était entière dans toute activité sans diminution de rendement au jour de l'expertise. Il sied de relever que ses conclusions ont été prises sur la base d'une anamnèse complète, de l'ensemble des pièces du dossier, d'un examen clinique détaillé, en tenant compte des plaintes du recourant et en prenant en compte les critères posés par la jurisprudence (consid. 3e) et peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante. Le recourant n'émet du reste aucun grief à ce propos.

L'amélioration de l'état de santé psychique du recourant est ainsi incontestable dès le mois de septembre 2017 au vu des constatations de l'expertise du V. \_\_\_\_\_ et aucune pièce du dossier ne permet d'en douter. Le rapport psychiatrique établi à la suite du second séjour à C. \_\_\_\_\_ en mai 2018 fait d'ailleurs état d'un épisode dépressif léger, versus épisode dépressif moyen lors du premier séjour en mars 2017.

Les rapports médicaux du psychiatre traitant du recourant ne permettent pas de s'écarter de l'appréciation qui précède. En effet, dans sa lettre du 11 août 2020, le Dr H.\_\_\_\_\_ se limite à affirmer que l'état de santé du recourant n'est pas modifié de manière significative depuis son dernier rapport à l'OAI du 6 juin 2017, sans aucune motivation et sans aucune prise de position sur les conclusions de l'expertise du V.\_\_\_\_\_ et des médecins de la C.\_\_\_\_\_. Quant à ses deux précédents rapports des 6 juin 2017 et 28 septembre 2016, il se contredisent en partie puisqu'en juin 2017, le Dr H.\_\_\_\_\_ retenait une incapacité de travail de 100 % en précisant que l'état de santé du recourant était stationnaire depuis son dernier rapport, tandis qu'en septembre 2016, il estimait que son patient pouvait exercer une activité adaptée à un faible pourcentage. Par ailleurs, le psychiatre traitant a mentionné, au titre de limitations fonctionnelles, certains éléments sans pertinence pour l'évaluation de la capacité de travail sur le plan psychique, tels des difficultés de compréhension en français et des troubles de la marche en raison de douleurs au membre inférieur gauche.

Les autres pièces produites par le recourant au stade du recours ne sont pas non plus de nature à mettre en doute les conclusions des experts du V.\_\_\_\_\_. Le rapport du 12 janvier 2021 des Drs GA.\_\_\_\_\_ et FB.\_\_\_\_\_ font état d'une hospitalisation en mode volontaire du 22 au 31 décembre 2020 en raison d'un épisode dépressif récurrent, qui, lors du séjour à X.\_\_\_\_\_, était sévère avec symptômes psychotiques. Les diagnostics différentiels étaient ceux de trouble schizo-affectif, type dépressif, ou d'autres troubles psychotiques non organiques, psychose hallucinatoire chronique. Lors de son hospitalisation, le recourant avait notamment exposé entendre des voix depuis trente ans, qui seraient devenues « actuellement » insupportables. Dans la mesure où les Drs GA.\_\_\_\_\_ et FB.\_\_\_\_\_ font état d'une évolution de l'état de santé postérieure à la décision attaquée, leurs constatations ne permettent pas de la remettre en cause. Au demeurant, si un diagnostic différentiel posé par ces médecins devait finalement être privilégié, après une observation à moyen terme, il ne permettrait pas de fonder, quoi qu'il en soit, le

constat d'une incapacité de travail en raison d'un trouble de la personnalité par le passé. Les experts du V.\_\_\_\_\_ et les médecins de C.\_\_\_\_\_ se sont déjà déterminés sur cette question. Ils n'ont pas diagnostiqué de trouble de la personnalité et ont exclu des symptômes psychotiques. L'expert du V.\_\_\_\_\_ a par ailleurs expliqué de manière étayée pourquoi il ne retenait pas le diagnostic de trouble de la personnalité non spécifié qui avait été évoqué par le psychiatre traitant.

Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions claires et convaincantes de l'expertise du V.\_\_\_\_\_ selon lesquelles le recourant ne présentait pas au jour de l'expertise, et jusqu'à la date de la décision litigieuse, une atteinte psychiatrique d'une gravité telle qu'elle entraînerait une incapacité de travail. Le constat, par l'intimée, d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée dès le 20 septembre 2017 ne prête ainsi pas le flanc à la critique.

**5.** Le recourant ne remet aucunement en cause la comparaison des revenus avec invalidité et sans invalidité à laquelle l'intimé a procédé. Vérifié d'office, le calcul opéré par l'intimé, qui ne fait apparaître aucun préjudice économique, peut être confirmé, sans qu'il y ait lieu de revenir plus en détail sur l'évaluation de la perte de gain. Ce calcul ne fait apparaître aucun préjudice économique, ce qui exclut le droit à la rente.

**6. a)** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée, sans qu'il y ait lieu de compléter l'instruction comme le requiert le recourant par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 c. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a). Il appartiendra à l'intimé d'examiner les rapports médicaux de X.\_\_\_\_\_, produits au stade du recours, dans le cadre d'une procédure d'examen d'une nouvelle demande.

**b)** 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). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**c)** Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**d)** Par décision du juge instructeur du 10 juin 2020, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 19 mars 2020 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Laurent Damond. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 1<sup>er</sup> juillet 2021. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Damond est arrêtée à 2'520 francs, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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

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

**I.** Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 24 février 2020 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Laurent Damond, conseil du recourant, est arrêtée à 2'520 fr. (deux mille cinq cent vingt francs), débours et TVA compris.
- VI. 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.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Laurent Damond (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 :