

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 juin 2023

Composition : M. NEU, président
MM. Bonard et Peter, assesseurs
Greffière : Mme Girod

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8, 43 et 61 let. c LPGA.

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], ressortissant de [...] au bénéfice d'un permis d'établissement, sans formation certifiante, marié et père de trois enfants - nés en [...], [...] et [...] - réside en Suisse depuis [...], où il a travaillé en qualité de plâtrier à plein temps dès 2002.

Le 6 juin 2016, l'assuré a perdu l'équilibre alors qu'il travaillait sur une échelle et chuté d'environ deux mètres, se réceptionnant sur les talons. Cette chute a engendré un traumatisme du rachis, sous forme d'une fracture wedge du plateau supérieur de la quatrième vertèbre dorsale (ou thoracique [D4 ou T4]) sans recul du mur postérieur, traitée conservativement, ainsi qu'une fracture plurifragmentaire du calcaneum gauche de type Sanders IV. Cette dernière a été traitée par réduction ouverte et ostéosynthèse (ROOS) du calcaneum gauche avec greffe osseuse par allogreffe en date du 21 juin 2016 (rapport de protocole opératoire du 22 juin 2016 établi par le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et lettre de sortie du 29 juin 2016 des Drs F._____ et X._____, médecin assistant). L'assuré est en incapacité de travail totale depuis cette date.

La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), assureur-accidents de l'employeur, a pris en charge le cas (courrier du 22 juin 2016).

En raison de la persistance de douleurs neurogènes, l'assuré a été examiné par le Dr W._____, spécialiste en chirurgie de la main et en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, en date du 24 janvier 2017. Ce spécialiste a retenu le diagnostic d'atteinte du nerf sural gauche post-traumatique (rapport du 25 janvier 2017 au Dr F._____).

Le 30 mars 2017, les Drs W._____, [...] et J._____, médecin assistant, ont procédé à une ablation du matériel d'ostéosynthèse du

calcanéum gauche ainsi qu'à une neurolyse du nerf sural (rapport de protocole opératoire du 4 avril 2017).

L'assuré a séjourné une première fois à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 13 juin au 14 juillet 2017. Selon le rapport de synthèse du 31 juillet 2017, les Drs D._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et Z._____, médecin assistant, considéraient que la situation n'était pas stabilisée tant du point de vue médical quant au membre inférieur gauche que pour les aptitudes fonctionnelles. Aucun nouveau diagnostic n'avait été posé durant de ce séjour, au cours duquel l'assuré avait été pris en charge en physiothérapie, ergothérapie, ateliers professionnels, atelier pied et chaussure et atelier d'orthopédie technique. Singulièrement, il n'avait été retenu aucune psychopathologie. Ces médecins ont toutefois relevé que le moral de l'assuré était fluctuant, mais qu'il ne voulait pas voir de psychologue ou de psychiatre. Divers bilans étaient joints à ce rapport, dont celui établi le 13 juillet 2017 par le Dr V._____, spécialiste en neurologie, lequel concluait, au terme d'un électroneuromyogramme (ci-après : ENMG) réalisé le 23 juin 2017 en raison des douleurs neurogènes durables, à la persistance d'une atteinte axonale du nerf sural gauche post-traumatique et à l'existence, a minima, d'un syndrome du tunnel tarsien. Sur le plan thérapeutique, il recommandait une adaptation du traitement antalgique.

Le 26 janvier 2018, l'assuré a subi une arthrodèse sous-talienne gauche et prise de greffe osseuse à la crête iliaque gauche en raison d'une arthrose post-traumatique de l'articulation sous-talienne du pied gauche (rapport de protocole opératoire du 8 février 2018 de la Dre Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, rapport de sortie du 26 février 2018 établi par les Drs F._____ et E._____, médecin assistant).

En raison de l'absence d'amélioration sur le plan algique à la suite de cette nouvelle intervention chirurgicale, l'assuré a effectué un

second séjour à la CRR du 8 au 28 janvier 2019. Au cours de celui-ci, il a été examiné par différents spécialistes qui ont procédé à des examens cliniques. Dans son rapport du 15 janvier 2019, le Dr G._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a relevé ce qui suit :

« Deux ans et demi après une fracture de D4, Monsieur A._____ se plaint de douleurs persistantes localisées en région dorsale interscapulaire décrites comme constantes, pouvant s'étendre proximale à la nuque et en région occipitale ou en région thoracique antérieure gauche jusqu'au sternum lorsque les douleurs sont plus intenses. Ces dernières douleurs sont également provoquées lors du décubitus ventral et dorsal. Il annonce une intensité moyenne estimée entre 4 et 5/10 pouvant aller jusqu'à 10/10. Les douleurs lombaires sont décrites au second plan, décrites comme constantes également, plus intenses au redressement de la position fléchie en avant, plutôt plus fortes le matin avec des épisodes plus intenses décrits associés à des blocages.

L'examen clinique retrouve un aplatissement de la colonne dorsale haute où l'on retrouve des douleurs à la palpation assez localisée des épineuses L3 [troisième vertèbre lombaire] et L4 [quatrième vertèbre lombaire] et en para-épineux, avec des douleurs qui s'étendent en ceinture du côté gauche. En région lombaire, la mobilité est bonne en flexion, des douleurs aux inclinaisons étant rapportées ddc [des deux côtés].

Sur le récent bilan d'imagerie du rachis réalisé, on retrouve un remaniement de D4 post-fracture, sans majoration par rapport aux documents antérieurs, et des troubles dégénératifs lombaires bas connus.

Au total, chez un patient qui présente des douleurs assez localisées en région thoracique s'étendant en ceinture à gauche, je proposerais de compléter le bilan par une IRM dorsale afin d'évaluer la persistance d'un œdème osseux ou d'une zone inflammatoire. Chez un patient au comportement douloureux marqué, présentant quelques signes de non organicité, il faut favoriser les mesures conservatives. J'ai essayé de rassurer le patient quant à l'absence de lésion grave sur les bilans réalisés. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, hormis les activités nécessitant des mouvements de rotation répétés du tronc, il n'y a pas de limitation supplémentaire à poser que celles qui seront déjà nécessaires en lien avec l'atteinte du membre inférieur gauche ».

A la suite de ce rapport, une IRM dorsale a été réalisée, dont les conclusions du rapport du 21 janvier 2019 sont les suivantes :

« Ancien tassement du plateau supérieur de D4 d'allure consolidée sans recul du mur postérieur. Pas d'autre lésion traumatique séquellaire décelable.
Pas de compression médullaire extrinsèque à l'étage cervical ou dorsal ni de lésion médullaire hormis une hydromyélie cervico-dorsale ».

Un nouvel ENMG a été effectué par le Dr U._____, spécialiste en neurologie, lequel a souligné, dans son rapport du 25 janvier 2019, la normalisation des paramètres neurographiques par rapport à l'ENMG du 23 juin 2017. Ce spécialiste a au surplus apprécié la situation de la manière suivante :

« Patient de 51 ans ayant présenté un traumatisme du pied gauche le 06.06.2016 et évoluant défavorablement.

Il reste gêné par des douleurs et des troubles sensitifs. Les troubles sensitifs ne répondent pas à une systématisation tronculaire ou radiculaire.

L'examen ENMG de ce jour est normal, témoignant de l'absence de substrat neurologique aux plaintes présentées.

Au vu du comportement du patient, une majoration fonctionnelle de l'ensemble des troubles me paraît probable ».

Dans leur rapport de synthèse du 13 février 2019, le Dr D._____ et la Dre B._____, médecin assistante, ont exposé qu'à son entrée à la CRR, les plaintes et les limitations fonctionnelles du patient étaient des douleurs permanentes à caractère mécanique de la cheville gauche, peu améliorées par les antalgiques. Selon le patient, ces douleurs l'empêchaient de charger sur sa jambe. Un an après la dernière intervention, il marchait toujours avec deux cannes anglaises sur un périmètre restreint d'environ cent à deux cents mètres. Y étaient associées des sensations électriques dans le pied sans territoire précis, ainsi que des douleurs dorsales irradiant dans l'hémithorax gauche et au second plan, des lombalgies. Les médecins relevaient que durant le séjour, aucun nouveau diagnostic n'avait été retenu, en particulier pas de psychopathologie. Sur le plan neurologique, l'examen clinique et l'ENMG ne retrouvaient pas de substrat neurologique aux plaintes sensitives, une composante fonctionnelle du syndrome douloureux apparaissant probable.

Les Drs D._____ et B._____ estimaient que les plaintes et les limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées durant le séjour, ajoutant que, telles qu'elles étaient rapportées par le patient, des facteurs contextuels jouaient un rôle important et influençaient négativement le retour au travail. Ceux-ci comprenaient singulièrement une focalisation élevée sur la douleur ainsi qu'une sous-évaluation par le patient de ses capacités fonctionnelles, hors de proportion avec les constatations objectives. Ces médecins ont enfin indiqué ce qui suit :

« L'évolution subjective et objective est non significative (cf. rapports et tests fonctionnels).

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne. Le programme de thérapies a été limité par les douleurs. Des modifications du chaussage ont été essayées, sans qu'aucune n'apporte un bénéfice.

On retient des auto-limitations associées aux douleurs et une cohérence de l'ensemble du tableau clinique qui est questionnable, même si il n'y a pas d'incohérence sensu strictu observée pendant le séjour. Un processus d'invalidation apparaît dans ce cas vraisemblable.

[...]

Au vu de l'absence d'impact, nous estimons la situation stabilisée. L'incapacité de travail a seulement été prolongée d'un mois le temps que l'Agence prenne connaissance du dossier et que le patient bénéficie de la consultation en chirurgie du pied, proposée par le Dr F._____. Nous recommandons toutefois d'éviter une attitude chirurgicale. Concernant les dorsalgies, on peut suivre la proposition de convoquer M A._____ à la consultation d'antalgie. Peut-être que des infiltrations permettront d'améliorer la qualité de vie du patient, mais il est très improbable que cela débouche sur une modification durable du tableau clinique et des capacités fonctionnelles.

Nous n'avons pas proposé au patient de poursuivre la physiothérapie ambulatoire, étant donné le manque d'effet des thérapies pendant le séjour, voire l'augmentation des douleurs.

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes ont été retenues : positions prolongées ou répétées contraignante pour le rachis (porte-à-faux, rotations), déplacement prolongés et position statique debout, port de charge > 5-10 kg. En tenant compte, des importantes plaintes douloureuses, il apparaît raisonnable de retenir une baisse de rendement (de l'ordre de 20% ?) même dans une activité adaptée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable au vu des facteurs médicaux retenus suite à l'accident.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est en théorie favorable, sur la base des éléments médicaux objectivables ».

Le 20 mars 2019, l'assuré a été examiné par le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement à la CNA. Dans son rapport du 29 mars 2019 établi à la suite d'un examen « concernant essentiellement le membre inférieur gauche », le médecin d'arrondissement a considéré que la situation de l'arrière-pied n'était pas stabilisée et relevé qu'une arthrose secondaire symptomatique s'était développée au niveau du Chopart.

L'assuré a été examiné par la Dre Q._____ et par le Prof. T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à la consultation du Centre du pied du CHUV en dates des 14 février et 22 mai 2019. Aux termes de son rapport du 28 mai 2019, la Dre Q._____ suspectait la présence d'un conflit infra-malléolaire latéral. Selon elle, l'existence d'un tel conflit osseux externe, traitable chirurgicalement, pouvait être une source de la douleur aiguë relatée par son patient. Elle proposait partant de compléter le bilan par un examen par tomographie par émission monophotonique (Spect-CT) de la cheville, afin de pouvoir se prononcer sur la présence d'une telle atteinte.

Le 7 juin 2019, l'assuré a dès lors fait l'objet d'un Spect-CT. Aux termes du rapport du 3 septembre 2019 de la Dre Q._____, cet examen a mis en évidence une hypoactivité de l'ensemble du pied gauche évoquant un syndrome douloureux régional chronique (SDRC/CRPS) en phase froide ou une hypoactivité secondaire à la décharge. Il avait également montré une minime activité correspondant à une arthrose calcanéocuboïdienne ainsi que cuboïdo-métatarsienne gauche et des ossifications hétérotopiques externes à la hauteur de l'arthrodèse sous-

talienne juste en avant de la malléole externe, qui pouvaient toutes les trois être une source de la douleur mécanique latérale relatée par l'assuré. Cette spécialiste relevait en outre ce qui suit :

« **Status**

Cliniquement le patient présente néanmoins un tableau un peu plus complexe avec des douleurs externes et antérieures difficilement reproductibles à la palpation. Il est gêné par l'équin de la cheville d'une dizaine de degrés. Il y a des douleurs reproductibles à la palpation de la région antéro-latérale (conflit sur ossifications hétérotopiques, arthrose calcanéocuboïdienne et du Lisfranc latéral). Il y a également une composante neuropathique avec des dysesthésies latérales diffuses au simple toucher en regard de la cicatrice latérale proximale dans le territoire du nerf sural et nerf péronier superficiel.

Problèmes et attitude

Suite à une longue discussion et son fils on décide de procéder à une infiltration-test par Xylocaïne dans la région latérale. Si cette infiltration s'avère efficace on pourrait proposer une résection des ossifications hétérotopiques néanmoins cette intervention n'aura aucun effet sur une éventuelle symptomatologie d'une arthrose calcanéocuboïdienne ou du Lisfranc latéral et pas non plus sur la position du pied par rapport au tibia.

J'effectue donc cette infiltration le 22.08.2019 et le patient nous rapporte aucun bénéfice, raison pour laquelle on décide de ne plus proposer de chirurgie mais essayer d'améliorer le traitement de la douleur. Dans ce contexte je prie la Dr Q. _____ du Service d'antalgie de bien vouloir convoquer le patient ».

L'assuré a donc été examiné par la Dre C. _____, spécialiste en anesthésiologie, en date du 30 septembre 2019. Dans son rapport du 15 octobre 2019 à la Dre Q. _____, cette spécialiste a fait état d'une blessure thoracique par balle survenue en 1992 au cours de la guerre. Elle a retenu un diagnostic de douleurs chroniques de la cheville gauche à caractère mixte, nociceptif et neuropathique, tout en précisant qu'un CRPS pouvait tout à fait correspondre à ses constatations cliniques. S'agissant du traitement, elle a indiqué ce qui suit :

« Un traitement par Pregabaline 75 mg a été introduit mais le patient le juge trop fort et ne le prend que occasionnellement. Pour cette raison mais aussi pour éviter une aggravation de la surcharge pondérale, j'introduis ce jour un traitement par Cymbalta 30mg par jour à la place de la Pregabaline. En même temps, je lui prescris un essai

thérapeutique par un stabilisateur des membranes par application externe.

Je reverrai le patient d'ici 2 semaines pour réévaluer l'efficacité de ce traitement et pour discuter de la suite de prise en charge ».

Le 29 octobre 2019, l'assuré a subi une infiltration (MBB) thoracique (blocage des branches médianes des rameaux postérieurs facettaires de la troisième à la cinquième vertèbres dorsales [D3 à D5]). En raison d'une mauvaise tolérance du traitement par Cymbalta, la Dre C._____ a réintroduit le traitement par Lyrica (Prégabaline), dont elle a prescrit une prise fractionnée.

Dans un nouveau rapport de consultation du 12 novembre 2019, la Dre C._____ a indiqué avoir discuté d'un éventuel soutien psychologique avec son patient « afin de sortir de cette spirale d'inactivité et passivité négative », mais que celui-ci ne le souhaitait pas. Il lui avait déclaré être conscient de son état négatif, mais craindre qu'un suivi psychologique fasse remonter toutes les horreurs qu'il avait vécues pendant la guerre. Au surplus, elle a relevé que l'infiltration n'avait eu qu'un effet cortisone.

L'assuré a été à nouveau examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA en date du 4 décembre 2019. Dans son rapport du 9 décembre 2019, le Dr S._____ a relevé que les plaintes formulées par l'assuré n'avaient pas évolué. Il a mentionné que ce dernier ne voyait pas d'intérêt à bénéficier d'un suivi psychologique en lien avec la non-acceptation de sa situation. Le médecin d'arrondissement a retenu les diagnostics suivants : fracture du calcaneum gauche le 6 juin 2016, réduction ouverte avec fixation interne le 21 juin 2016, arthrodèse sous-talienne gauche le 26 janvier 2018, arthrose de l'articulation de Chopart gauche secondaire, amyotrophie du membre inférieur gauche centimétrique, fracture du plateau supérieur de la quatrième vertèbre dorsale, ainsi que plusieurs comorbidités (hypertension artérielle traitée, obésité de stade I, tabagisme, lombalgies et cervicalgies chroniques sur état dégénératif pluri-étagé). Il a considéré que l'évolution était

défavorable, « strictement aucune évolution » n'étant intervenue par rapport à l'examen de mars 2019 (pas de charge, pas d'appui monopodal, pas de marche sur pointe et talon, marche habituelle avec deux cannes). Il a également constaté une atrophie musculaire importante du membre inférieur gauche et relevé des douleurs importantes au niveau du Chopart et de la région sous-talienne. A ses yeux, la situation médicale était stabilisée et il n'y avait pas d'indication à une nouvelle intervention selon les bilans complémentaires réalisés. Il a toutefois relevé qu'une prise en charge pour affiner la thérapeutique antalgique était en cours et qu'il conviendrait obtenir le rapport détaillé de la consultation de contrôle prévue le 10 décembre 2019. Enfin, il a fait siennes les limitations fonctionnelles définitives établies lors du second séjour à la CRR (pas de positions prolongées ou répétées contraignantes pour le rachis [porte-à-faux, rotations], pas de déplacements prolongés et positions statiques debout ainsi que de port de charges supérieures à 5-10 kg), tout en retenant une baisse de rendement de l'ordre de 10 % du fait des exacerbations douloureuses itératives non prévisibles. En tenant compte de ces limitations, l'activité adaptée pouvait, selon lui, être exercée sans limitation de temps.

Le même jour, le médecin d'arrondissement a évalué l'atteinte à l'intégrité à 35 %, en raison des arthroses du Chopart et sous-astragaliennes ainsi que des affections de la colonne vertébrale (fracture thoracique et douleurs permanentes plus ou moins intenses).

Par courrier du 12 décembre 2019, la CNA a mis fin au paiement des soins médicaux et des indemnités journalières au 31 janvier 2020 compte tenu de la stabilisation de l'état de santé. Elle a également repris les limitations fonctionnelles et la baisse de rendement retenues par le médecin d'arrondissement.

Par décision du 4 mars 2020, la CNA a constaté la stabilisation de l'état de santé de l'assuré, lui a reconnu le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents fondée sur un degré d'invalidité de 16 % ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 35 %.

B. En parallèle, A. _____ a déposé le 1^{er} mars 2017 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Au titre d'atteintes à la santé, il a fait état d'une fracture du calcanéum gauche, d'une fracture du plateau supérieur de la quatrième vertèbre dorsale et d'une atteinte du nerf sural gauche post-traumatique.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a reçu, en plusieurs occasions, le dossier constitué par la CNA au nom de l'assuré, dont sont extraits les faits présentés ci-dessus (cf. lettre A).

Poursuivant l'instruction de la demande, l'OAI a recueilli divers renseignements médicaux auprès des thérapeutes traitants de l'assuré, lesquels confirmaient les diagnostics annoncés par celui-ci. Ainsi, selon le Dr F. _____ (rapport du 6 avril 2017), le pronostic était mauvais quant à la lésion du nerf sural et il était trop tôt pour se prononcer sur la réalisation d'une activité adaptée. Ce spécialiste a indiqué que son patient pouvait uniquement exercer une activité en position assise, sans position accroupie ou à genoux, sans port de charge et sans monter sur une échelle, un échafaudage ou des escaliers. Les capacités de concentration, compréhension et adaptation de son patient semblaient limitées en raison de son degré de compréhension du français, alors que la résistance devait être bonne.

Dans un rapport du 3 juin 2017 à l'OAI, le Dr M. _____, médecin praticien, a retenu le seul diagnostic de fracture plurifragmentaire du calcanéum gauche comme influant sur la capacité de travail de son patient. Figuraient au titre d'autres diagnostics sans effet incapacitant ceux de fracture wedge du plateau supérieur de la quatrième vertèbre thoracique, d'œsophagite de reflux grade B (octobre 2015), d'hypertension artérielle (mai 2017) et de douleurs thoraciques/brachialgies (2017). Divers rapports médicaux spécialisés étaient joints à son envoi. Selon ce praticien, le pronostic était réservé quant à la guérison douloureuse de la fracture du calcanéum et une

réadaptation était possible dans une activité uniquement en position assise, à 80 %. Il a estimé adaptées les activités exercées uniquement en position assise, impliquant une rotation et un port de charge ne dépassant pas les 5 kg. Les capacités de concentration, compréhension et d'adaptation ainsi que la résistance n'étaient selon lui pas limitées.

En réponse à l'OAI, le Dr F. _____ a fait état, dans un rapport complémentaire du 28 septembre 2017, de l'évolution stagnante voire défavorable de l'état de santé de son patient, avec une persistance de douleurs importantes au niveau de l'articulation sous-astragalienne gauche nécessitant la marche avec une béquille dès qu'il se déplaçait à l'extérieur. Son patient était toujours totalement incapable de travailler dans son activité habituelle, alors que sa capacité de travail dans une activité adaptée, essentiellement voire purement assise, pourrait avoisiner les 80 % avec un rendement légèrement inférieur.

Dans un nouveau rapport du 20 novembre 2018 établi sur demande de l'OAI, le Dr F. _____ a indiqué que l'évolution de l'état de son patient n'était pas vraiment favorable malgré la réalisation de l'arthrodèse du 26 janvier 2018. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, alors que « le patient pourrait travailler certainement à une capacité d'environ 100% » dans une activité purement assise. Quant aux limitations fonctionnelles, il a exclu la station debout, la marche en terrain accidenté ou non, le port de charges ainsi que les positions accroupie ou à genoux.

Par décision du 18 juin 2020 confirmant un projet de décision du 3 mars 2020, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} septembre 2017 au 31 mars 2020, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %. D'après cette décision, l'assuré, totalement incapable de travailler dès le 6 juin 2016, présentait, dès le 9 décembre 2019, une pleine capacité de travail, avec une baisse de rendement de 10 %, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de positions prolongées ou répétées contraignantes pour le rachis [en porte-à-faux, rotation], pas de déplacements prolongés

et positions statiques debout, pas de port de charges supérieures à 5-10 kg). Dès cette date, taux d'invalidité s'élevait à 21.87 %, ce qui lui refermait le droit à la rente au 31 mars 2020.

C. Par acte du 19 août 2020, A._____, représenté par Me Olivier Carré, a formé recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision rendue le 18 juin 2020 par l'OAI, concluant, sous suite de frais et dépens, implicitement à sa réforme en ce qu'il avait droit à une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} septembre 2017, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision. En substance, il a fait valoir que l'instruction de son dossier par l'intimé était lacunaire et qu'il convenait de la compléter par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. A l'appui de son recours, il a allégué souffrir de multiples atteintes à la santé, telles qu'énumérées dans le rapport de la CRR du 13 février 2019, et pour lesquelles il était au bénéfice de prescriptions de physiothérapie et de traitements médicamenteux. Ses douleurs persistantes et invalidantes, établies, avaient été reconnues par la CNA. Il avait en outre consulté le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en vue de la mise en œuvre d'une expertise privée.

Dans sa réponse du 2 octobre 2020, l'intimé a indiqué ne pas avoir de raison de revenir sur sa position en l'état du dossier. Se référant au dossier produit par la CNA, singulièrement au compte-rendu de l'examen final opéré par le médecin d'arrondissement le 4 décembre 2019, il a rappelé que le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, avec une diminution de rendement de 10 %, à compter du 9 décembre 2019. L'intimé a au surplus souligné que le recourant n'était pas au bénéfice d'un suivi sur le plan psychiatrique, pour lequel il n'avait pas manifesté d'intérêt.

Répliquant le 9 avril 2021, le recourant a maintenu ses moyens et persisté dans ses conclusions. Il a allégué présenter des limitations touchant à sa sphère psychique, qui n'avaient été investiguées

ni par la CNA ni par l'intimé. Au surplus, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) ne s'était ni déterminé sur les éléments médicaux du dossier ni sur le droit à la rente, ce qu'il aurait dû faire à teneur d'un document interne daté du 29 novembre 2018. Enfin, le recourant a contesté que la capacité de travail médico-théorique retenue par l'intimé pût être mise en œuvre au regard de ses limitations fonctionnelles.

Dans sa duplique du 3 mai 2021, l'intimé a persisté dans ses conclusions. A l'appui de sa position, il a produit un avis médical du SMR du 21 avril 2021. La Dre H._____, médecin praticien, y constatait l'absence d'éléments objectivement vérifiables, rattachés à la période qui prévalait jusqu'à la décision litigieuse, qui auraient été négligés dans le cadre de l'instruction et seraient de nature à modifier l'appréciation de la capacité de travail du recourant.

Le 20 mai 2021, le recourant a transmis ses déterminations et maintenu sa position. Il a expliqué qu'il n'avait pas entrepris de suivi psychologique pour des raisons essentiellement culturelles et financières, et non car il n'en éprouvait pas le besoin. En outre, il a relevé que son état de santé n'était pas stabilisé au plan somatique et a produit une évaluation du Dr P._____, lequel concluait, dans un courriel du 14 juillet 2020, à l'existence d'éléments favorables à une reprise du dossier pour une réévaluation des points litigieux en raison d'un examen sommaire de la pathologie rachidienne ainsi que de l'absence de discussion des diagnostics de syndrome douloureux complexe régional de la cheville gauche et d'arthroses secondaires du pied gauche. Une expertise privée n'avait pu être mise en œuvre par manque de moyens financiers.

L'intimé a conclu au rejet du recours dans ses nouvelles déterminations du 7 juin 2021.

Par pli du 3 décembre 2021, le recourant a produit de nouvelles pièces médicales, dont deux rapports dans lesquels était évoquée une proposition de résection des ossifications infra-malléolaires

externes, afin de soulager la composante mécanique de la douleur, étant précisé que le bénéfice ne serait pas de 100 % en raison de la composante neurologique probable de celle-ci (rapports du 4 août 2020 de la Dre Q._____ et du Prof. T._____ et du 13 octobre 2021 de la Dre Q._____, tous deux au Dr M._____).

L'intimé s'est déterminé le 21 décembre 2021, objectant l'absence d'élément objectivement vérifiable susceptible de modifier sa position.

Par pli du 21 février 2022, le recourant a requis la tenue d'une audience destinée à sa propre audition. Au surplus, il a persisté dans sa demande de mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, de préférence judiciaire. En outre, le recourant a produit un rapport du 4 février 2022 établi par le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et I._____, psychologue et psychothérapeute FSP, auprès de la K._____ (ci-après : K._____). Ces thérapeutes, qui suivaient le recourant depuis le 6 juin 2021, ont fait état des diagnostics d'état de stress post-traumatique (F43.1), de trouble dissociatif sévère (F44) vs trouble délirant induit (F24), de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F60.30), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.3), de modification durable de la personnalité (F62.0), d'anxiété généralisée (F41.1) ainsi que d'expérience de violence, de guerre et autres hostilités (Z65.5).

L'intimé s'est déterminé le 15 mars 2022, après avoir soumis ce rapport au SMR, dont il a produit l'avis médical du 14 mars 2022. La Dre H._____ y proposait d'adresser au psychiatre traitant des questions complémentaires et indiquait ce qui suit :

« A la base de ce rapport nous pouvons admettre que l'état de la santé psychique décrit (status) n'est pas compatible avec une capacité de travail retenue par nous. Cependant, nous ne pouvons pas nous prononcer depuis quelle date l'état de la santé psychique de l'assuré s'est aggravé ».

Le 25 mai 2022, le recourant a produit le rapport complémentaire établi par les thérapeutes de la K. _____ à la même date. Reprenant les diagnostics retenus, ils y ont détaillé les critères diagnostiques objectivés et indiqué que l'état de santé de leur patient était stagnant, voire péjoré depuis le début de sa prise en charge. S'agissant des limitations fonctionnelles incapacitantes, constatées dès le début du suivi, ils ont rappelé que leur patient était enfermé dans son discours, qu'il donnait le sentiment d'écouter, mais n'entendait pas. La communication, le respect des règles de vie en société lui étaient impossibles. L'impulsivité et le sentiment d'injustice étaient tels qu'ils pouvaient le mettre dans des situations de conflit violent alors qu'il n'avait aucun lien avec les personnes contre lesquelles il s'offusquait (dans le bus, dans un parc, etc.). Concernant la capacité de travail du point de vue psychiatrique, les thérapeutes ont relevé qu'il leur paraissait « quasi certain » que leur patient ne pourrait pas reprendre d'activité lucrative. Ils ont ainsi non seulement émis des doutes quant à l'existence d'une activité adaptée à son état psychique, mais encore conclu que celle-ci se révélerait un échec.

L'intimé a maintenu sa position et ses conclusions par courrier du 9 juin 2022. Il a également produit un avis du SMR du 8 juin 2022, dans lequel la Dre H. _____ se déterminait sur le rapport complémentaire établi par le psychiatre traitant, qu'elle considérait insuffisamment étayé. Elle contestait l'existence d'éléments objectivement vérifiables de nature à modifier son appréciation et ne proposait pas de mesures d'instruction complémentaires.

Le 20 septembre 2022, le recourant a produit un nouveau rapport établi le 18 septembre 2022 par le Dr L. _____, lequel y développait notamment une nouvelle fois les critères diagnostiques des atteintes objectivées. Ce spécialiste soulignait également que les limitations objectivées avaient débuté bien avant la décision litigieuse.

L'intimé a déposé d'ultimes déterminations en date du 6 octobre 2022 et produit un avis du SMR du 4 octobre 2022. La Dre

H._____ y relevait que le psychiatre traitant ne précisait pas à quel moment remontait l'apparition des limitations fonctionnelles, dont l'existence antérieure au suivi psychiatrique ne reposait sur aucun argument plausible. Dans ces conditions, l'intimé considérait qu'il n'y avait pas lieu de modifier son appréciation de la capacité de travail du recourant.

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 de la suspension des délais durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b 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. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son droit à celle-ci au-delà du 31 mars 2020.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions

légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3), le droit applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date.

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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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).

4. a) Conformément à l'art. 61 let. c et d LPGA, le juge des assurances sociales établit les faits et le droit d'office, et statue sans être

lié par les griefs et conclusions des parties. Son devoir d'examen d'office est toutefois limité par celui des parties de collaborer à l'instruction de la cause, d'alléguer les faits déterminants et de motiver leurs conclusions. Le juge n'est pas tenu, en particulier, de soulever d'office toutes les questions de fait ou de droit qui pourraient théoriquement se poser en rapport avec l'objet du litige. Il peut se limiter à traiter les griefs soulevés, hormis lorsqu'une lacune de la décision litigieuse ressort clairement du dossier et que sa rectification aurait une influence notable sur l'issue du procès (ATF 119 V 347 consid. 1).

b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

c) Pour 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 un élément important 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 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de

contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGa (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5).

Enfin, les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des

constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

5. a) En l'espèce, l'office intimé a alloué une rente entière d'invalidité au recourant pour la période du 1^{er} septembre 2017 au 31 mars 2020, se fondant sur le retour de celui-ci à une pleine capacité de travail dès le 9 décembre 2019.

Le recourant conteste la limitation de sa rente dans le temps, motif pris de l'absence d'amélioration de son état de santé. Il allègue une instruction lacunaire de son dossier par l'intimé, lequel n'aurait pas suffisamment investigué les atteintes à la santé présentes ainsi que leur influence sur sa capacité de travail.

b) aa) A titre liminaire, il convient de relever que le dossier constitué par l'intimé est presque exclusivement composé du dossier instruit par la CNA, repris par la suite par le SMR. Or, le premier assureur a procédé à l'instruction du cas du recourant sous l'angle des seules questions résultant de l'évènement accidentel (traumatismes du rachis et du membre inférieur gauche) et des atteintes à la santé présentant un lien de causalité avec celui-ci (atteinte iatrogène du nerf sural, arthroses secondaires du Chopart et de l'articulation sous-talienne, douleurs persistantes). Dans ce contexte, la stabilisation de l'état de santé retenue par cet assureur signifie qu'il n'y avait plus d'amélioration à attendre d'un traitement médical quant à ces problématiques, et non pas l'absence d'atteinte ou d'atteinte supplémentaire, de limitations fonctionnelles en résultant ou de retour à une pleine capacité de travail compte tenu de l'état de santé global du recourant. Ainsi, que le dossier soit considéré comme complet sous l'angle de l'assurance-accidents n'implique pas nécessairement que l'instruction soit suffisante du point de vue de l'assurance-invalidité. Compte tenu de son devoir d'instruction d'office, il appartient à la Cour de céans de se déterminer en premier lieu sur cette question.

bb) Ainsi, au plan somatique d'une part, il est établi que le recourant a souffert d'une fracture plurifragmentaire du calcaneum gauche en juin 2016, dont le traitement par réduction ouverte et ostéosynthèse avec greffe osseuse a engendré une atteinte secondaire du nerf sural, laquelle a motivé une neurolyse de celui-ci ainsi que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse en mars 2017. En raison du développement d'une arthrose sous-talienne secondaire, le recourant a subi une arthrodèse avec prise de greffe osseuse à la crête iliaque le 26 janvier 2018. Il est également établi que le recourant souffre d'une arthrose secondaire du Chopart et d'une amyotrophie du membre inférieur gauche centimétrique (cf. rapport d'examen final du 9 décembre 2019 du Dr S._____).

Les examens neurologiques diligentés au sein de la CRR font en outre état de l'existence d'un probable syndrome douloureux (cf. rapport du 28 janvier 2019 du Dr U._____).

Se sont rajoutés aux examens mis en œuvre par la CNA divers documents médicaux établis par les spécialistes traitants du recourant, lesquels évoquaient notamment l'existence d'un syndrome douloureux complexe au regard de leurs constatations cliniques (cf. rapports du 3 septembre 2019 de la Dre Q._____ et du 15 octobre 2019 de la Dre C._____). Selon les pièces produites dans le cadre du recours, la Dre C._____ proposait une nouvelle intervention chirurgicale encore en 2021, tout en précisant que celle-ci ne réglerait que la composante mécanique de la problématique algique.

Il est également établi et non contesté que l'accident du 6 juin 2016 a causé une fracture wedge du plateau supérieur de la quatrième vertèbre dorsale ou thoracique sans recul du mur postérieur, à l'origine d'un tassement de 21 % de cette vertèbre (cf. rapport de consilium du 15 janvier 2019 du Dr G._____). En dépit d'un traitement conservateur, le recourant a conservé d'importantes douleurs, lesquelles ont donné lieu à un traitement par infiltration en 2019 (cf. rapport de consultation du 29 octobre 2019 de la Dre C._____). Il ressort également du dossier que le

recourant souffre de lombalgies et cervicalgies chroniques sur un état dégénératif pluri-étagé (cf. rapport d'examen final du 9 décembre 2019 du Dr S. _____). Les affections de la colonne ont donné lieu à l'octroi d'une IPAI par l'assurance-accidents.

Compte tenu de la persistance de ses douleurs, le recourant a consulté le Dr P. _____ en vue de la mise en œuvre d'une expertise privée, à laquelle il a dû renoncer faute de moyens financiers suffisants. Or, ce spécialiste a, dans son courriel du 14 juillet 2020, mis en évidence l'existence d'éléments favorables à une réévaluation de la pathologie rachidienne et de la problématique algique du membre inférieur gauche. Il a en effet relevé que les diagnostics de syndrome douloureux complexe régional de la cheville et d'arthroses secondaires du pied n'avaient pas été discutés par l'intimé dans le cadre de son instruction.

Au regard des éléments médicaux précités, l'instruction apparaît déjà n'avoir pas été menée à satisfaction de droit au plan somatique. En particulier, il n'existe pas de trace d'une appréciation globale des atteintes à la santé physique du recourant, lequel présente de nombreuses comorbidités qui n'ont pas été discutées par l'intimé. A fortiori, l'intimé ne s'est pas déterminé de manière circonstanciée sur les conséquences de l'état de santé global de l'assuré sur sa capacité résiduelle de travail et sur ses limitations fonctionnelles.

cc) Au plan psychiatrique, d'autre part, l'intimé s'est contenté de faire sienne l'appréciation de la CNA – qui n'a retenu aucune atteinte à la santé psychique – et les déclarations prêtées au recourant quant à son désintérêt pour un suivi spécialisé.

Or, il existe des traces éparses de détresse psychique au cours du dossier, laquelle est singulièrement mise en évidence par les notes des médecins de la CRR et du médecin d'arrondissement. Il ressort également du dossier que le recourant a fourni des explications quant à son refus d'entreprendre un tel suivi, en dépit d'une certaine reconnaissance de la souffrance éprouvée. Il a ainsi fait en particulier état de ses craintes de

voir ressurgir son vécu traumatique lors de la guerre, au cours de laquelle il a notamment été blessé par balle (cf. rapport de consultation du 12 novembre 2019 de la Dre C._____).

Postérieurement au prononcé de la décision litigieuse, le recourant a effectivement entamé un suivi psychologique. Ses thérapeutes ont établi des rapports médicaux circonstanciés, comportant des diagnostics clairs, dont les critères ont été largement détaillés et contextualisés, et les apparentes contradictions relevées par le SMR écartées (cf. rapports des 4 février, 25 mai et 20 septembre 2022 de la K._____). Que ces diagnostics aient été posés en cours de procédure ne dispense pas pour autant l'autorité de procéder à l'analyse objective des troubles cohérents décrits de manière détaillée par les thérapeutes traitants du recourant, lesquels ne sont au demeurant pas contredits par les éléments du dossier, puisqu'aucune investigation, en particulier aucun examen clinique, n'a été entreprise à cet égard, hormis la soumission des rapports des spécialistes suivant le recourant au SMR pour avis. Ce dernier a au demeurant reconnu que les diagnostics évoqués contredisaient la capacité de travail qu'il avait retenue dans le cadre de l'instruction du dossier du recourant (cf. avis du 14 mars 2022).

En outre et contrairement à l'appréciation du SMR, la Cour estime que les diagnostics retenus et les critères détaillés par les spécialistes permettent à tout le moins de comprendre que le recourant était selon toute vraisemblance atteint dans sa santé psychique avant le prononcé de la décision litigieuse. En effet, il ressort des rapports que les diagnostics objectivés sont une conséquence des événements traumatiques vécus par le recourant dans son pays d'origine ou le fruit d'une décompensation à la suite de son accident et des séquelles douloureuses durables de celui-ci. Ainsi, les thérapeutes ont notamment mentionné ce qui suit dans leurs rapports :

- « L'histoire de vie de Monsieur A._____ relève d'importantes difficultés et "traumas" subis durant la guerre en [...] mais surtout suite à l'accident dont il a été victime en 2016, qui ont occasionné non seulement une perte significative de repères, mais également une

modification durable de sa personnalité débouchant sur l'installation d'un état dépressif récurrent avec des épisodes sévères importants et fréquents ainsi que sur l'installation d'une personnalité de type impulsif et incontrôlable, le risque d'auto et d'hétéro agression étant très élevé.

[...]

Reste à souligner l'évidence que Monsieur A. _____ souffre depuis de nombreuses années [...] sa souffrance est depuis longtemps relevée et certifiée par le corps médical » (rapport du 4 février 2022, p. 4 et 6) ;

- « En raison de la non élaboration des deuils, son psychisme s'est fixé et son état chronicisé mais de manière latente, le patient ayant toujours eu un semblant de contrôle ; l'accident de chantier dont il a été victime a, à notre sens, provoqué un nouveau trauma et une perte de contrôle totale, qui n'a fait que réveiller les traumatismes précédents [...] » (rapport du 25 mai 2022, p. 2).

Le Dr L. _____ et la psychologue I. _____ ont au surplus répondu directement à la question du SMR relative au début des atteintes à la santé psychique de leur patient, sans pour autant le dater avec une précision calendaire :

« En ce qui concerne les limitations fonctionnelles constatées par nos soins dès le début du suivi soit le 6 juin 2021, force est de constater que nous ne pouvons pas en faire la démonstration avant d'avoir vu le patient. Donc certes, le suivi psychothérapeutique est postérieur à la décision de l'Office AI mais l'atteinte médicale et psychologique est quant à elle et selon toute vraisemblance bien antérieure et à la décision contestée et au début du suivi psychologique. En effet, nous avons pu étayer l'anamnèse de notre patient, la survenue de l'accident et faire part de la symptomatologie tel qu'actuelle bien avant que le patient n'ait le courage d'entamer un suivi psychiatrique.

[...]

De fait et même si les limitations fonctionnelles n'ont pu être constatées qu'après le début du suivi, nous sommes intimement convaincus, compte tenu de l'apparition et de l'évolution des symptômes, que ces limitations existaient bien avant le début du suivi et de la décision querellée » (rapport du 18 septembre 2022, p. 1).

Ainsi, la fiabilité des constatations effectuées par le SMR s'agissant de la santé psychique du recourant est sérieusement remise en question par les éléments médicaux figurant au dossier. Dans ces conditions, les conclusions du SMR ne peuvent être suivies.

c) Compte tenu de ce qui précède, il existe des indices suffisants imposant à l'intimé d'affiner les conclusions prises par les médecins traitants et les pistes évoquées par l'expert privé quant à la capacité de travail résiduelle et aux limitations fonctionnelles du recourant, lesquelles n'ont pas été déterminées à satisfaction de droit et sont en définitive propres à influencer sur sa capacité de gain.

Par conséquent, il convient de conclure à la nécessité de reprendre l'instruction du cas du recourant dans sa globalité par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, comportant à tout le moins des volets orthopédique/rhumatologique et psychiatrique. Il conviendra de prévoir également un volet de médecine interne, afin de procéder à l'appréciation globale des atteintes somatiques ainsi que de déterminer leur influence sur la capacité de travail résiduelle du recourant et ses limitations fonctionnelles, et, le cas échéant, un volet neurologique.

6. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés 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'administration est en principe justifié 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 des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire - ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué - et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire - d'autant plus que l'instruction du SMR se limite à des avis médicaux rendus sans avoir examiné le recourant -, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il incombera à l'OAI de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, laquelle devra notamment se prononcer sur les atteintes à la santé et leur incidence sur la capacité de travail résiduelle et les limitations fonctionnelles du recourant. A l'issue de cette instruction complémentaire, l'intimé rendra une nouvelle décision.

c) Compte tenu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant tendant à la tenue d'une audience de comparution personnelle.

7. a) Par conséquent, le recours doit être admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Compte tenu du nombre d'opérations réalisées par le conseil du recourant pour pallier le défaut d'instruction, il convient d'arrêter cette indemnité à 3'000 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 la mettre à la charge de la partie intimée.

**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 18 juin 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants et 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 A._____ la somme de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour A._____),
- 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 :