

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} avril 2022

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
M. Küng et Mme Gabellon, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 s. et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. Ressortissant portugais, F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], marié sans enfants est arrivé en Suisse en [...]. Sans formation et au bénéficiaire d'un permis de type C, il a œuvré dans le secteur des nettoyages des fins de chantiers à des taux variables, en dernier lieu, du 28 septembre 2017 au 9 janvier 2018 et à 20 %, pour le compte d'une société basée à [...].

En arrêt de travail à des taux variables depuis le printemps 2017, l'assuré a déposé le 20 mars 2018 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles et/ou rente) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de diverses atteintes à la santé d'ordre somatique et psychiatrique.

N'étant pas satisfait de sa prise en charge au CHUV, l'assuré a consulté pour un second avis le Dr C._____, chirurgien orthopédiste, à la [...]. Dans son rapport du 3 mai 2018, le Dr C._____ a constaté que l'évolution était défavorable et allait vers un CRPS (complex regional pain syndrom) tout à fait significatif.

Dans un rapport du 18 juin 2018, le Dr C._____ a indiqué que la fracture de la base de la première phalange du cinquième orteil du pied gauche de l'assuré évoluait radiologiquement bien vers une consolidation et que le traitement de Miacalcic® tenté pour soigner le tableau de CRPS n'avait rien donné comme d'ailleurs la physiothérapie à visée antalgique et de reconditionnement mise en œuvre. L'intéressé déclarait toujours autant de douleurs, malgré les encouragements répétés du Dr C._____ à abandonner les cannes. Le médecin concevait qu'un tableau de CRPS tel que présenté puisse générer des douleurs inflammatoires et problématiques de son pied gauche mais il s'étonnait de leur intensité et de l'empêchement pour l'assuré de se débarrasser de ses cannes. Le Dr C._____ a également encouragé l'intéressé à réintégrer son pied pour faire ce travail de reconditionnement essentiel qu'il devait poursuivre afin

d'éviter toute chronicisation de son syndrome douloureux, mais le médecin ne se sentait plus du tout en mesure de l'accompagner ou de l'aider dans les progrès dès lors que le patient n'était pas en mesure d'en faire pour des raisons qui échappaient au Dr C._____. Il avait toutefois établi un arrêt de travail du 9 mai 2018 au 16 juillet 2018.

Dans un rapport du 16 juillet 2018, consécutif à un séjour de l'assuré du 2 au 12 juillet 2018, la Dre L._____, rhumatologue au CHUV, a posé les diagnostics de probable syndrome douloureux régional complexe du pied gauche, d'obésité sévère grade II (BMI [Body Mass Index] 35.22 avec bilan pour syndrome de Cushing non concluant mais suspicion globale faite, actuellement en attente de la deuxième cortisolurie de 24h, contrôle clinique et biologique à six mois, d'hypogonadisme hypogonadotrope discret dans le cadre d'une obésité sévère, d'hémochromatose héréditaire liée au gène HFE ou hémochromatose de type 1 avec présence de la mutation homozygote C282Y du gène HFE, traitée par saignée depuis janvier 2017, de trouble dépressif avec anxiété traité ainsi que de trouble de la concentration et de la mémoire depuis 2016. L'assuré était hospitalisé en rhumatologie pour une prise en charge multimodale d'un probable CRPS du pied gauche. Il décrivait quatre critères de Budapest (œdème, changement de couleur au froid, moiteur, dysesthésies) dont uniquement la présence d'un discret œdème a pu être objectivé. Le bilan a été complété par une IRM du pied gauche montrant un œdème des tissus mous mais une absence d'œdème osseux ou de trouble de la vascularisation. Des radiographies des pieds montraient un aspect en déminéralisation des têtes métatarso-phalangiennes et du tarse à gauche, probablement dans le contexte de décharge du pied. Le bilan a été complété par une scintigraphie du pied gauche prévue le 17 juin 2018. Dans le cadre de la prise en charge multimodale dont a bénéficié l'assuré, ses douleurs étaient soulagées par des bains de lentilles froides. Il a participé à un programme de reconditionnement global et a montré des progrès à la marche. Les physiothérapeutes décrivaient une non utilisation importante du pied gauche « comme s'il n'existait pas » laissant à penser que les symptômes étaient probablement péjorés par le contexte psycho-social compliqué ;

l'assuré a accepté un soutien psychiatrique ainsi que l'introduction d'un traitement de Lyrica®, avec des doses progressivement majorées à 2 x 100 mg, bien toléré.

Un rapport de scintigraphie osseuse trois phases du 17 juillet 2018 n'a pas montré d'argument scano-scintigraphique pour une algoneurodystrophie du pied gauche de l'assuré. Il a été constaté un renforcement de fixation focale de P1 du 5^{ème} orteil gauche, à rattacher à la fracture semi-récente, bien consolidée. Une hypofixation diffuse du pied gauche au temps précoce et aspect de déminéralisation osseuse sur le scanner, à rattacher à la décharge, a par ailleurs été observée.

Dans un rapport du 3 août 2018, le Dr I. _____, spécialiste en chirurgie thoracique, a indiqué qu'il n'avait jamais adressé de demande de prestations de l'assurance-invalidité pour l'assuré et que d'autre part, il s'agissait d'un patient avec lequel il y avait eu un rapport ainsi qu'une prise en charge conflictuels. Ce médecin a dès lors refusé de remplir quelque formulaire ou document.

Au terme du séjour de l'assuré du 12 au 25 juillet 2018 au CHUV, le Dr H. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé le diagnostic principal de syndrome douloureux du pied gauche avec fracture de la première phalange du cinquième orteil sans notion de traumatisme diagnostiqué le 12 février 2018, œdème de sous-utilisation, et, les diagnostics secondaires, de dépression en cours de traitement et d'obésité sévère. L'évolution durant le séjour était peu favorable. Sur le plan orthopédique, la symptomatologie douloureuse n'évoluait pas favorablement et était restée stable. Sur le plan trophique, l'assuré conservait un œdème des chevilles et des pieds de façon bilatérale, mais principalement à gauche dans ce contexte toujours de non mise en charge ; il s'était vu prescrire de la physiothérapie en ambulatoire pour travailler la remise en charge progressive du pied gauche. Sur le plan ergothérapeutique, le patient rapportait aucun changement par rapport aux douleurs. Il a bénéficié d'une consultation en podologie le 24 juillet 2018 avec l'ajout d'une semelle plus souple au niveau de la chaussure

darco®. Durant son hospitalisation, il a également bénéficié d'une évaluation psychiatrique qui a retrouvé une thymie légèrement abaissée avec des troubles du sommeil pour lesquels le traitement habituel de Trittico® a été augmenté. Le traitement à la sortie d'hospitalisation était le suivant : Scheriproct® suppositoire ; Brintellix® 20 mg/j ; Lyrica® 75 mg 2x/j ; Neurodol® tissugel ; Symfona® 120 mg 2x/j ; Tramal® 100 mg/ml 3x/j ; Tramal® retard 50 mg 2x/j ; Trittico® 150 mg/j ; Movicol® 2x/j ; Nexium® 40 mg/j (rapport du 14 août 2018 du Dr H. _____).

Dans un rapport du 11 septembre 2018 adressé à l'OAI, la Dre R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a attesté des incapacités de travail de l'assuré suivantes : à 100 % du 1^{er} avril 2017 au 31 mai 2017 ; à 50 % du 1^{er} septembre 2017 au 8 mai 2018 ; puis à 100 % depuis le 9 mai 2018. Selon cette psychiatre la sévérité des symptômes de dépression avait globalement diminué avec des fluctuations selon des événements stressants tels que les nombreux conflits conjugaux ainsi qu'une hospitalisation du père de l'assuré pour un cancer ; elle notait une amélioration notable de l'estime et de la confiance en soi ainsi qu'une diminution importante de l'agoraphobie. L'assuré se plaignait de douleurs physiques au pied gauche. Il présentait une diminution du dynamisme et la motricité était légèrement ralentie. Il se déplaçait avec des cannes anglaises en raison des douleurs du pied. La thymie était abaissée, l'intéressé montrait peu ses émotions qui étaient émoussées. Les affects relevaient de l'anxiété et de la tristesse. Il était noté la présence d'une humeur déprimée, d'irritabilité, d'un sentiment d'insuffisance, de découragement et de morosité. Le discours était cohérent, mais présentait de la pensée barrée et était bradyphémique. Le discours contenait des ruminations, des idées de perte d'espoir, des anticipations anxieuses. L'assuré présentait une aboulie avec anhédonie. Le sommeil était caractérisé par de l'hypersomnie (l'intéressé dormait neuf heures par nuit plus une sieste de deux heures), l'appétit était augmenté caractérisé par des grignotages, le patient présentait des douleurs dans les pieds, les jambes, les épaules et le dos. La Dre R. _____ rapportait l'aggravation matinale de l'anhédonie, de la tristesse, de l'irritabilité, des tensions internes, de la perte de motivation, des difficultés à démarrer les activités,

voire de l'apragmatisme. L'assuré s'isolait socialement et recherchait peu la présence d'autrui. Il présentait des difficultés d'attention et de concentration ainsi que de mémoire épisodique. Il présentait également régulièrement de l'anxiété psychique éprouvée et observée. Il avait des traits de personnalité anankastique qui se manifestaient par un souci des règles, des listes des programmes, un perfectionnisme entravant l'achèvement du travail, et il se défaisait facilement des objets, avec une persistance pour que les autres se conforment à sa façon de faire. Le traitement médicamenteux alliait la prise de Brintellix® 20 mg/j et de Trittico® 100 mg/j. Les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail étaient les suivants : Episode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.11) ; suspicion de maladie de Südeck ; perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0) ; trouble mixte de la personnalité (F61.0). Le diagnostic sans incidence sur la capacité de travail était une hémochromatose. Le pronostic était réservé. Selon la Dre R._____ les troubles cognitifs et de l'attention rendaient l'assuré incapable de travailler. Les limitations fonctionnelles étaient des difficultés d'attention et de concentration générant une fatigabilité pouvant mener à une difficulté de gestion du stress et des imprévus, une perte de mémoire occasionnant un ralentissement des tâches, des difficultés à travailler dans les lieux et locaux à forte densité de personnes, des douleurs dans les membres (incapacité de marcher, ni déplacer des charges à pied). Les restrictions physiques de l'assuré entravaient l'exercice d'une activité professionnelle.

Dans un rapport du 16 octobre 2018, le Dr S._____ a confirmé ses précédents diagnostics, indiquant que l'assuré continuait à se plaindre de douleurs musculosquelettiques multiples diffuses chroniques et récurrentes dans le contexte d'un probable syndrome douloureux somatoforme persistant aggravé par les comorbidités constituées par l'hémochromatose et l'obésité ainsi que par le trouble dépressif relativement marqué. Ce médecin suggérait une prise en charge hospitalière de l'assuré dans une structure de réhabilitation de l'appareil locomoteur et neuropsychologique.

Le 11 avril 2019, F._____ a déposé une demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI.

Dans un rapport du 23 mai 2019, le Dr W._____, médecin-chef du centre [...] SA, a estimé que l'ensemble des douleurs de l'assuré étaient associées tant à un déconditionnement musculaire focal et global, se traduisant par des dysbalances musculaires, que par un déconditionnement psychique avec un désespoir face à sa situation. Dans ces circonstances, une prise en charge psychosomatique globale restait nécessaire, comme pouvait l'offrir la [...].

Dans un rapport du 12 juillet 2019, la Dre R._____ a indiqué un besoin d'aide régulière de l'assuré pour « se déplacer/entretenir des contacts sociaux », un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de plus de deux heures par semaine ainsi que des soins permanents. Cette médecin précisait que ce besoin d'aide concernait les limitations physiques. Les restrictions psychiques étaient sans impact sur l'autonomie de l'assuré. Les difficultés étaient donc d'ordre physique. L'intéressé était en cours de séparation, vivait avec son ex-femme qui cherchait actuellement un logement. La reprise par l'assuré de son activité antérieure était impossible en raison de ses limitations physiques, il se déplaçait avec des cannes anglaises depuis plus de deux ans et présentait des douleurs importantes chroniques. Le pronostic était stationnaire du point de vue psychologique.

Dans un rapport du 25 septembre 2019, le Dr K._____, spécialiste en neurologie, a fait part d'un patient se plaignant, dans les suites d'une fracture de fatigue du pied gauche survenue en février 2018, d'une symptomatologie à la fois multiple et mal systématisée avec des douleurs persistantes au niveau du pied gauche accompagnées de troubles sensitifs à type de paresthésies/dysesthésies/endormissement et de rachialgies cervico-dorso-lombaires se compliquant d'irradiations douloureuses mal systématisées dans les deux membres inférieurs ainsi que d'un manque de force du membre inférieur gauche. L'examen clinique a relevé des douleurs à la mobilisation du rachis lombaire, sans franche

contracture de la musculature paravertébrale. Les points de Valleix fessiers ainsi que les insertions iliaques et trochantériennes étaient bilatéralement sensibles mais la manœuvre de Lasègue restait bilatéralement négative. L'examen neurologique était caractérisé essentiellement par une hypoesthésie tactile et douloureuse facio-brachio-crurale gauche et par une absence de contraction volontaire suffisante de l'ensemble des groupes musculaires du membre inférieur gauche, ceci sans altération certaine de la trophicité musculaire, des réflexes tendineux. L'électroneuromyogramme (ENMG) ne montrait pas d'atteinte significative des nerfs fibulaire et tibial gauches tant proximale (creux poplité/col du péroné) que plus distalement (cheville et pied). Cet examen ne révélait par ailleurs pas de signe d'atteinte neurogène périphérique significatif dans l'ensemble des muscles examinés au niveau du membre inférieur gauche.

Dans un rapport du 11 octobre 2019, le Dr W._____ a indiqué que l'assuré avait séjourné à la [...] d'où il était parti après une semaine, les traitements physiques ne correspondant pas du tout à ses attentes. Au vu de l'échec de la prise en charge à [...] et face à une situation qui s'était péjorée au niveau des membres inférieurs, une poursuite du traitement ambulatoire restait nécessaire.

Par avis du 7 octobre 2019, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), par la voix du Dr G._____, a, sur la base des pièces médicales recueillies au dossier, constaté qu'il s'agissait d'un assuré de 34 ans dont la situation médicale paraissait complexe. Dans l'axe somatique, de nombreuses évaluations n'avaient pas permis de corréliser de graves plaintes douloureuses subjectives polymorphes aux constatations clinico-radiologiques objectivement pauvres malgré des investigations adaptées. La question de la présence effective d'une atteinte durablement incapacitante se posait. La part des facteurs psychosociaux concomitants dans la situation de l'assuré devait être discernée. Du point de vue psychiatrique, il n'y aurait pas de limitations fonctionnelles alors que l'attitude de l'assuré questionnait. Afin d'évaluer clairement si une atteinte durablement incapacitante était présente ainsi

que les ressources de l'assuré en regard, compte tenu notamment de la quérulence rapportée par certains intervenants, une évaluation par une expertise pluridisciplinaire (volet psychiatrique, rhumatologie et médecine interne) était recommandée ; les experts étaient priés de tenir compte des indicateurs de la jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux afin d'expliquer la situation de l'assuré et d'effectuer tous les examens jugés utiles afin d'étayer leurs propos.

Dans un rapport du 9 décembre 2019, le Dr Q._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics de douleurs et limitations fonctionnelles du pied gauche dans le cadre d'une fracture (probable de fatigue) de la première phalange du cinquième orteil gauche en février 2018, compliquée d'un CRPS, de dorsolombalgies chroniques dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis, d'un déconditionnement global et d'une hémochromatose, d'obésité de grade II selon l'OMS (Organisation mondiale de la Santé), d'hémochromatose homozygote type I, traitée par saignée depuis 2017, d'hypogonadisme hypogonadotrophique dans le cadre d'une obésité, de hernie hiatale avec antrite en 2019, d'état anxiodépressif chronique, d'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs, traitée à droite par laser-thérapie endoveineuse en 2019, compliquée d'une thrombose veineuse, de communication inter-auriculaire discrète non traitée, de cholélithiases asymptomatiques (2017), d'hémorroïdes internes stade I, de carence récidivante en vitamine D traitée, de status post fracture de la clavicule gauche en 1989 traitée conservativement, et d'asthme anamnestique durant l'enfance. Selon le Dr Q._____, la situation avait peu évolué depuis une précédente consultation du 9 octobre 2019. Il avait contacté la physiothérapeute de l'assuré pour demander des traitements actifs et avait remontré à celui-ci des exercices d'étirement musculaire à effectuer quotidiennement au niveau de la ceinture pelvienne. Il n'avait pas d'autre proposition thérapeutique à formuler et devait réévaluer la situation à la fin janvier 2020.

Dans le cadre de son instruction de la demande de prestations du 20 mars 2018, l'OAI a confié une expertise pluridisciplinaire de l'assuré, par le biais de la plateforme SuisseMED@P, au P._____ SA à [...]. Les Drs Z._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, D._____, spécialiste en médecine interne générale et en endocrinologie-diabétologie, ainsi que N._____, spécialiste en rhumatologie, ont rendu leur rapport le 5 mars 2020. Dans le cadre de leur évaluation consensuelle, les experts ont posé les diagnostics suivants :

“4.2. Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

- Douleurs cervicales avec hernie discale médiane et paramédiane C5-C6 sans signes de compression, M50.2
- Douleurs lombaires sur maladie de Scheuermann, M51.9
- Diffusion des douleurs sans substrat anatomique
- Métatarsalgies du pied gauche après fracture spontanée, atraumatique de P1 du V° orteil consolidée
- Trouble dépressif récurrent léger avec syndrome somatique F33.01
- Hémochromatose héréditaire, E83.1
- Obésité, en attente d'une intervention de bypass, E66.9
- Suspicion d'un hypogonadisme hypogonadotrope vraisemblablement à mettre sur le compte de l'obésité, E29.9
- Syndrome d'apnées du sommeil avec un index apnées/hypopnées à la limite supérieure de la norme, G47.3”

Au moment d'apprécier la situation, les Drs Z._____, D._____ et N._____ ont émis les considérations suivantes (rapport d'expertise, pp. 3 - 4) :

“4.1 Evaluation médicale interdisciplinaire

Monsieur F._____ est âgé de [...] ans, né dans une ville au nord du Portugal, il est de nationalité portugaise et a un permis C. Après le décès de sa mère et à cause de la violence du père, il a été placé dans un foyer dès l'âge de 11 à 18 ans. Sans formation spécifique il est arrivé en Suisse en [...] où il a travaillé dans les nettoyages des fins de chantiers jusqu'à février 2018, où il a arrêté à cause des douleurs à son pied gauche fracturé spontanément. Séparé, sans enfants, il est au service social. Les problèmes de santé de Monsieur F._____ apparaissent en 2014 avec des dorso-lombalgies. En 2017, on diagnostique une hémochromatose héréditaire et une évaluation neuropsychologique met en évidence des difficultés attentionnelles et mnésiques légères à modérées dans le cadre d'une évaluation marquée par quelques discordances entre les tests difficilement explicables. Les difficultés observées sont probablement en partie liées au trouble dépressif et à la médication.

Le 21.03.2018, l'expertisé a fait une demande de prestations à l'OAI. Monsieur F._____ a présenté une douleur du cinquième orteil gauche survenu sans traumatisme le 7 février 2018. La radiographie du 12 février montre une ligne claire de la base de la première phalange du cinquième orteil. Il s'agissait d'une fracture sans déplacement. Une radiographie du 7 mars 2018 ne montrait pas de cal vicieux et pas de déplacement secondaire. Une I.R.M du pied gauche réalisée le 23 avril 2018 montrait toujours l'existence de la fracture du cinquième orteil avec un œdème de l'os spongieux et des tissus mous sans déplacement. Une nouvelle radiographie du pied gauche le 22 juin 2018 montre un cal en formation sans déplacement secondaire ni arthrose des orteils. Une radiographie des genoux et des mains le 3 juillet 2018 e[s]t sans particularité. Une scintigraphie osseuse réalisée le 17 juillet 2018 ne montre pas d'arguments en faveur d'une algoneurodystrophie du pied gauche. Un scanner lombaire réalisé le 11 septembre 2018 montre des signes de maladie de Scheuermann. Sa fracture est consolidée depuis plusieurs mois, l'examen clinique au cours de cette expertise ne révèle aucun signe d'algodystrophie, les différentes I.R.M n'ont pas montré non plus de syndrome de Morton. Il existe donc cliniquement des métatarsalgies, une insuffisance veineuse des membres inférieurs. On ne retrouve pas non plus de douleur lombaire irradiant dans les membres inférieurs et l'examen neurologique et l'électromyogramme sont normaux. On ne retrouve pas non plus de signe de fibromyalgie au cours de cette expertise.

Le traitement doit se poursuivre par une physiothérapie et la mise en place d'une orthèse plantaire pour ses métatarsalgies. Par ailleurs il ne paraît pas opportun de traiter cet expertisé par cortisone pour ses douleurs lombaires étant donné l'existence d'une ostéopénie et d'une fracture atraumatique. Prise en charge psychiatrique depuis 2018 pour un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique avec des incapacités de travail à 100% du 01.04 au 31.05.2017 ; à 50% du 01.09.2017 au 09.05.2018 ; 100% depuis le 09.05.2018. La sévérité des symptômes de dépression a globalement diminué tout en connaissant des fluctuations en fonction des événements stressants tels que les nombreux conflits conjugaux et d'une hospitalisation du père pour un cancer. Amélioration notable de l'estime de soi et de la confiance en soi ainsi qu'une diminution importante de l'agoraphobie. Le pronostic est réservé. Les troubles cognitifs et de l'attention actuels le rendent incapable de travailler.

Le 21.03.2018, une demande de prestation AI est faite pour dépression, hémochromatose et problème de pied gauche.

Le 10.04.2019, une demande de prestations à l'AI pour allocation pour impotent est déposée par rapport aux problèmes physiques de l'expertisé.

Le 12.07.2019, le psychiatre de l'expertisé signale que le patient ne peut pas reprendre son activité antérieure en raison de ses limitations physiques. Le pronostic est stationnaire du point de vue psychologique. [...]

Nous avons remarqué des divergences entre les rapports de la psychiatre de l'expertisé qui retient notamment une sévérité des symptômes de dépression mais en se basant sur les dires de l'expertisé, sans signes cliniques objectivés et tout en les mettant en relation avec les problèmes physiques. Nous n'avons pas retenu le

trouble mixte de la personnalité comme sa psychiatre, pas non plus les troubles de l'attention. Au cours de l'examen, nous avons eu l'impression qu'il y avait une certaine exagération des symptômes et une certaine démonstrativité dans l'idée d'obtenir une rente AI.

En outre et dans un contexte d'obésité, un syndrome de Cushing est suspecté, mais les investigations effectuées permettront d'écarter ce diagnostic. On découvre cependant, lors des investigations endocriniennes, des valeurs de testostérone à la limite inférieure de la norme, sans élévation des gonadotrophines, ce qui est compatible avec l'obésité. Une hémochromatose serait également susceptible de provoquer un hypogonadisme primaire qui peut être écarté dans ce cas par l'absence d'élévation des gonadotrophines. Lors des examens, on suspectera un syndrome d'apnée du sommeil. L'index apnées-hypopnées reste cependant dans la norme et aucun traitement n'est proposé.

L'expertisé se plaint d'une douleur cervicale irradiant dans les omoplates et d'une douleur lombaire. Il présente également une douleur de l'avant-pied gauche. Il marche continuellement avec ses deux cannes à l'extérieur et une canne à l'intérieur de son studio.

L'examen clinique pluridisciplinaire a mis en évidence la consolidation de la fracture du cinquième orteil de février 2018 chez un expertisé présentant de[s] facteurs de surcharge et des douleurs sans aucune justification anatomique. L'épisode dépressif n'a aucune incidence sur la capacité de travail.

4.3 Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique : pas d'efforts de soulèvement de plus de 10 kg port de charge limité à 15 kg, proche du corps.

4.4 Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

La personnalité avec des ressources et mécanismes adaptatifs n'a aucune incidence mais il est totalement enkysté autour de ses douleurs, comme [le] relève l'expert rhumatologue.

4.5 Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Présence de facteurs de surcharge avec une certaine théâtralité au niveau de l'expression de ses plaintes. La diffusion des douleurs ne trouve aucune justification anatomique.

Monsieur F. _____ n'a eu aucune formation et les difficultés conjugales actuelles pourraient représenter un certain frein à une nouvelle formation, mais il est capable de s'adapter à des règles de routine, de planifier et structurer ses tâches. Il possède de la flexibilité et la capacité de changement, de mobiliser ses compétences et ses connaissances. Il est apte à prendre des décisions, possède du discernement, il est capable d'initiatives et d'activités spontanées. Il peut s'affirmer, tenir une conversation et établir le contact avec des tiers. Il est apte à vivre en groupe, à lier

d'étroites relations, bien qu'il dise être isolé socialement il est apte à prendre soin de lui-même et à subvenir à ses besoins. Il dispose de mobilité et peut se déplacer. En revanche, sa capacité de résistance et d'endurance est légèrement diminuée à cause de la douleur alléguée.

4.6 Contrôle de cohérence

Selon l'expert rhumatologue il existe une grande discordance entre les douleurs alléguées et les constatations cliniques objectives ainsi que les résultats radiologiques.

Pour l'expert psychiatre les plaintes formulées par l'expertisé ne sont pas plausibles ni cohérentes eu égard à l'entretien ainsi qu'à ses activités journalières. Présence d'une certaine théâtralité et exagération des symptômes sans que nous puissions retenir le diagnostic de majoration des symptômes. Il n'y a pas de plainte dans le domaine de la médecine interne.

4.7 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

0% depuis le 12.2.18 date de la découverte de la fracture de P1 pied gauche. 100% depuis la constatation de la consolidation de la fracture, soit depuis juillet 2018 sur l'IRM et la scintigraphie qui élimine une algodystrophie.

4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée

100% depuis toujours.

4.9 Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout) ?

Capacité de travail de 100% depuis la constatation de la consolidation de la fracture, soit juillet 2018 sur l'IRM et la scintigraphie qui élimine une algodystrophie.

4.10 Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

Physiothérapie.

Poursuite du traitement psychiatrique actuel.

Un bypass est envisagé, ce qui devrait permettre une perte importante de poids, avec une amélioration de l'état général et une diminution des risques de diabète et des répercussions articulaires. Il n'y a pas de mesure médicale à apporter pour ses valeurs de testostérone dans le bas de la norme et le syndrome de Cushing peut être écarté.

5. Volet psychiatrique

Activités journalières

L'expertisé se lève entre 5h. et 8h. alors qu'il va au lit parfois à 19h., à 22h. et même à minuit en fonction des douleurs. Il dit mal dormir à cause des douleurs. C'est le Centre médico-social qui vient 1 fois par

semaine, 40 minutes, pour faire son ménage. Lui-même fait la lessive et les commissions, mais il achète par Internet à la Migros. Sinon il s'occupe des petits achats. Il prépare lui-même ses repas. Il paie ses factures par Internet. Il va rarement chez le coiffeur. Il informe avoir le permis de conduire, mais il n'a pas de voiture, par contre il a un abonnement Mobility pour les petits déplacements. Il dit s'être éloigné de sa famille à cause de l'alcoolisme de son père et qu'en plus il n'a pas beaucoup d'affinités, mais il a des amis en Suisse. Il dit être très limité dans ses déplacements à cause des cannes qu'il doit employer. Il n'utilise plus l'ordinateur, mais il a les chaînes portugaises par satellite, il aime regarder les films ainsi que les courses de voiture. Il aime bien la musique et être au balcon lorsqu'il fait bon. De temps en temps, il va à [...] chez des amis car il est parrain de l'un de leurs enfants, c'est son copain qui vient le chercher en voiture. Dernières vacances en 2015 au Brésil, mais l'expertisé mentionne qu'en 2017 il est allé au Portugal pour visiter son père qui avait un cancer. Il n'a aucun projet pour 2020.

6. Diagnostics

Nous avons retenu un trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique F33.01, avec un premier épisode vraisemblablement à l'âge de 11-12 ans après le décès de sa mère (il nous est impossible de vérifier les dires de l'expertisé) et un deuxième épisode après la séparation d'avec sa femme vers 2017, mais avec des signes cliniques qui ont toujours été d'un degré léger. Nous n'avons pas retenu le degré de sévérité de sa psychiatre qui, par ailleurs, décrit les symptômes et non pas les signes cliniques.

Nous remarquons que lors de l'évaluation neuropsychologique effectuée par Madame [...] en juillet 2017, elle a remarqué des discordances entre les tests difficilement explicables, discordances que nous avons mis en évidence pendant l'entretien, et à certains moments nous avons douté des dires de l'expertisé, notamment à la fin de l'entretien quand, d'une manière quelque peu théâtrale, il nous a parlé de la souffrance qu'il ressentait depuis le décès de sa mère, alors que nous avons eu l'impression d'une certaine exagération, mais pas au point de parler d'une majoration des symptômes ou d'une production intentionnelle ou simulation.

Nous n'avons pas retenu de trouble de la personnalité car aucun signe n'est présent pendant l'entretien ni du point de vue anamnestique. Pas de troubles de l'addiction.

7. Evaluation médicale et médico-assurantielle

7.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle

Né au Portugal, l'expertisé a perdu sa mère lorsqu'il avait 11 ans. Etant donné la violence de son père sous l'effet de l'alcool, il a été placé dans une institution jusqu'à l'âge de 18 ans. Par la suite, il a travaillé entre l'Espagne et la France et il est arrivé en Suisse en [...], où il a toujours travaillé jusqu'à la fin février 2018 à la suite d'une fracture. Il est suivi par une psychiatre depuis 2017 pour un trouble dépressif, dont nous pouvons faire remonter le premier

épisode à l'âge de 11 ans et un deuxième épisode à la suite de sa séparation conjugale ainsi que des problèmes physiques d'un degré, qui a toujours été léger.

Monsieur F. _____ présente des ressources psychologiques, il a des mécanismes adaptatifs et nous avons eu la forte impression pendant l'entretien qu'il était à la recherche d'une rente AI.

7.2 Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison

Prise en charge psychiatrique selon les règles de l'art. L'expertisé est compliant envers l'antidépresseur.

Du point de vue psychiatrique, il n'y a aucune contre-indication à ce que l'expertisé effectue une mesure de réadaptation.

7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

Les plaintes formulées par l'expertisé ne nous semblent pas plausibles ni cohérentes eu égard à l'entretien ainsi qu'à ses activités journalières. Présence d'une certaine théâtralité et exagération des symptômes sans que nous puissions retenir le diagnostic de majoration des symptômes.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Monsieur F. _____ est capable de s'adapter à des règles de routine, de planifier et structurer ses tâches. Il possède de la flexibilité et la capacité de changement, de mobiliser ses compétences et ses connaissances. Il est apte à prendre des décisions, possède du discernement, il est capable d'initiatives et d'activités spontanées. Il peut s'affirmer, tenir une conversation et établir le contact avec des tiers. Il est apte à vivre en groupe, à lier d'étroites relations, à prendre soin de lui-même et à subvenir à ses besoins. Il dispose de mobilité et peut se déplacer. En revanche, sa capacité de résistance et d'endurance est légèrement diminuée à cause de la douleur alléguée.

Volet médecine interne

Questions se rapportant au cas précis

Constatez-vous un besoin d'aide régulier et important pour accomplir l'acte :

1. « Se déplacer » - on entend ici la capacité du bénéficiaire à se déplacer d'un point A à B dans le logement ou à l'extérieur, à s'orienter dans l'espace. Une aide à l'acquisition des trajets est-elle nécessaire ?

Actuellement, pour des raisons orthopédiques, le déplacement est difficile et se fait à l'aide de deux cannes. Les déplacements sont lents à l'aide de cannes anglaises et ne permettent que le port de charge modéré dans un sac à dos, le port avec les bras étant décrit

comme impossible. Pas de limitations sur le plan de la médecine interne.

2. *Constatez-vous un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ? - comment se déroule une journée type du bénéficiaire.*

Monsieur F. _____ a actuellement une activité extrêmement limitée et ne sort de son logement que pour effectuer de petites courses ou pour se rendre à ses rendez-vous médicaux. Le reste de la journée, il le passe soit en position assise, soit au lit. Il se fait livrer les courses plus lourdes. Il est cependant en mesure de se faire à manger et de s'occuper de lui-même et sur le plan de la médecine interne il n'y a pas de limitation retenue qui l'empêcherait de faire son ménage.

Volet rhumatologique

Douleurs actuelles

L'expertisé se plaint d'une douleur cervicale irradiant dans les omoplates et d'une douleur lombaire. Il présente également une douleur de l'avant-pied gauche. Il marche continuellement avec deux cannes à l'extérieur et une canne à l'intérieur de son studio. Il lui arrive également chez lui de marcher sur le talon gauche pour éviter d'appuyer sur l'avant de son pied gauche.

Le temps de marche avec deux cannes est de 15 minutes, ce qui correspond au trajet entre la gare de [...] et chez lui. Le piétinement est limité à cinq minutes et lui déclenche une douleur du pied et une douleur lombaire. La position assise est limitée à 1h. Il passe sa journée entre le lit et le canapé et il a fait l'acquisition d'un fauteuil spécial pour l'ordinateur.

La nuit, l'expertisé dort essentiellement sur le ventre ce qui lui déclenche une douleur lombaire. Le matin, le dérouillage matinal est court, environ cinq minutes. L'expertisé, ne ressent aucune irradiation dans les membres supérieurs ou dans les membres inférieurs. Par ailleurs, il ressent une douleur du pouce droit, bien que la radio ne montre aucune anomalie. Il porte une orthèse en tissu pour le pouce droit.

Actuellement, il vit seul dans un studio de 32 m² mètres carrés au premier étage sans ascenseur. La montée et la descente de cet unique étage sont difficiles. Il bénéficie de l'aide du CMS pour le ménage et il vient de commander une machine pour laver le linge. La buanderie de l'immeuble se situe au sous-sol et l'expertisé a des difficultés pour descendre ou monter deux étages. Il lave son linge une fois par mois. Il utilise également le séchoir de la buanderie. Il fait la cuisine lui-même. Parfois, un de ses amis vient l'aider. Il ne fait pas de repassage. Il essaye de faire les courses tous les jours pour avoir moins de charges à porter. Le magasin se situe à moins de cinq minutes de chez lui. Par ailleurs, il bénéficie de l'aide des vendeurs pour mettre ses achats dans ses sacs. Pour les grosses quantités, il commande souvent en ligne par Internet et se fait livrer.

Il conduit rarement, il n'a pas de voiture, mais possède un abonnement mobility.

Chez lui, il regarde souvent la télévision, fait beaucoup d'ordinateur et est souvent sur la PlayStation. Il a également un chat dont il s'occupe.

Anamnèse systémique

Il s'agit d'un expertisé qui présente une douleur cervicale et lombaire et du pied gauche dans les suites lointaines d'une fracture en 2018. Il n'y a pas de manifestations articulaires pouvant faire évoquer une polyarthrite inflammatoire. Il n'y a pas non plus d'éléments évoquant une spondylarthropathie. Il existe une hémochromatose héréditaire liée au gène HFE avec une surcharge modérée sans atteinte d'organe, un hypogonadisme-hypogonadotrophe sur obésité et une ostéopénie sans ostéoporose. On ne retrouve pas de signes digestifs du type diarrhée à répétition ni de signe urinaire, ophtalmologique ou cutané. Il n'y a pas non plus de xérostomie, de xérophtalmie ou de syndrome de Raynaud.

Cheville/Pied

L'examen de la cheville et du pied droit est totalement normal. L'examen de la cheville gauche est strictement identique à la cheville droite, il n'y a pas de limitation de la mobilisation : flexion plantaire : 75°, flexion dorsale : 30°, pas de limitation du valgus/varus.

On ne retrouve aucun signe vasomoteur au pied gauche : pas de différence de température, de couleur ou de texture des tissus ou de la peau. Tout au plus une légère augmentation de volume, présente également sur le dessus du pied droit et que l'on peut certainement attribuer à une insuffisance veineuse d'autant qu'il existe une dermite ocre. Par contre, il existe une métatarsalgie, intéressant les têtes métatarsiennes des 2° au 5° orteils.

7.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle

Il existe une fixation sur P1 du cinquième orteil gauche secondaire à la fracture consolidée. Il existe également une hypofixation diffuse du pied gauche au temps précoce et un aspect de déminéralisation osseuse sur le scanner à rattacher à la décharge.

Il est hospitalisé dans un service de médecine physique en juillet 2018 où il bénéficie de physiothérapie, d'une évaluation psychiatrique et d'orthèse plantaire.

Un scanner lombaire réalisé le 11 septembre 2018 montre des signes de la maladie de Scheuermann avec des hernies intra spongieuses (schmorl) de D12 à L2 il n'y a pas d'autres anomalies.

Le 24 septembre 2018, une capillaroscopie élimine une maladie systémique.

Le 12 novembre 2018, une ostéodensitométrie montre l'existence d'une ostéopénie supplémentée par vitamine D.

Le 23 janvier 2019, il est vu par un angiologue qui porte le diagnostic d'insuffisance veineuse des membres inférieurs stade IV. Au cours de l'évolution la douleur du pied gauche perdure, obligeant l'expertisé à, souvent, marcher avec deux cannes. Il apparaît, en avril 2019, une lombalgie mécanique dont l'I.R.M ne montre que des discopathies dégénératives au stade débutant en L4-L5 sans hernie discale et sans sténose canalaire.

En septembre 2019, l'expertisé est vu par un neurologue pour des douleurs extrêmement diffuses cervicales irradiant dans les deux membres supérieurs et lombaires irradiant dans les deux membres inférieurs. Il constate que l'examen neurologique est tout à fait normal, que les plaintes sont extrêmement diffuses à type d'hypoesthésie facio-brachio-crurale gauche. L'électromyogramme ne révèle aucune atteinte du membre inférieur gauche que ce soit dans le territoire des nerfs fibulaires, tibial gauche tant proximal que distillé.

Au cours de cette expertise, le pied gauche ne montre pas d'augmentation de volume significative par rapport au pied droit et l'augmentation de volume bilatérale est à mettre sous la responsabilité de l'insuffisance veineuse. On ne constate pas de différence de température, de couleur, ou de sensibilité du pied gauche. Ceci, associé à la négativité de la scintigraphie osseuse, rend difficile le diagnostic d'algodystrophie. Par ailleurs, on ne retrouve aucune irradiation dans les membres supérieurs ou inférieurs et l'examen neurologique est tout à fait normal.

A noter qu'il n'y a pas de signe de fibromyalgie.

7.2 Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison

Sa fracture est consolidée depuis plusieurs mois, l'examen clinique au cours de cette expertise ne révèle aucun signe d'algodystrophie, les différentes I.R.M n'ont pas montré non plus de syndrome de Morton. Il existe donc cliniquement des métatarsalgies, une insuffisance veineuse des membres inférieurs et une obésité. On ne retrouve pas non plus de douleur lombaire irradiant dans les membres inférieurs et l'examen neurologique et l'électromyogramme sont normaux. On ne retrouve pas non plus de signe de fibromyalgie au cours de cette expertise.

Le traitement doit se poursuivre par une physiothérapie et la mise en place d'une orthèse plantaire pour ses métatarsalgies. Par ailleurs il ne paraît pas opportun de traiter cet expertisé par cortisone pour ses douleurs lombaires étant donné l'existence d'une ostéopénie et d'une fracture atraumatique.

7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

Il existe une grande discordance entre les douleurs alléguées et les constatations cliniques objectives ainsi que les résultats radiologiques. Nous sommes maintenant à presque deux ans de la fracture du cinquième orteil et celle-ci est consolidée. Par ailleurs on ne retrouve pas de signes d'algodystrophie ni clinique ni

radiologique. On ne comprend donc pas les raisons pour lesquelles l'expertisé ne peut pas marcher sans l'aide de ses cannes. Par ailleurs les douleurs lombaires ne sont que secondaires à des discopathies communes sur maladie de Scheuermann.

Il existe donc probablement d'autres raisons pour expliquer l'existence et la diffusion des douleurs chez cet expertisé.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

L'expertisé semble totalement enkysté autour de ses douleurs. Il reste sur son diagnostic de fracture de l'orteil et semble toujours ressentir les douleurs de celle-ci. La diffusion des douleurs ne trouve aucune justification anatomique.

Limitations fonctionnelles : pas d'effort de soulèvement de plus de 10 kg, port de charge limité à 15 kg, proche du corps.

8. Réponses aux questions du mandant

Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici
0% depuis le 12.2.18 date de la découverte de la fracture.
100% depuis la consolidation de la fracture, soit depuis juillet 2018 sur l'IRM et la scintigraphie qui élimine une algodystrophie.
Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré
100% depuis toujours."

Le 28 avril 2020, le physiothérapeute J._____ a écrit qu'une séance de physiothérapie par semaine était insuffisante car la pathologie de l'assuré présentait des signes de douleurs et des difficultés à avoir une mobilité qui ne lui permettait pas d'avoir une vie « quotidienne ».

Après avoir soumis l'expertise pluridisciplinaire du P._____ au SMR (rapport du 5 mai 2020 du Dr G._____), l'OAI a, par projet du 7 mai 2020, fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations en l'absence d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité justifiant une incapacité de travail de longue durée.

Dans le cadre des objections formées par l'assuré, représenté par Me Jean-Michel Duc, sur ce projet de refus de prestations, les pièces médicales suivantes ont été transmises à l'OAI :

- un rapport du 9 juin 2020 aux termes duquel le Dr T._____, médecin traitant, a posé les diagnostics de hémochromatose, obésité grade II (BMI [Body Mass Index] à 36, 7 kg/m²) en attente de chirurgie bariatrique,

trouble alimentaire compulsif, trouble anxiodépressif, trouble de la concentration/mémoire, asthme allergique, fracture du cinquième orteil gauche (avec Südeck) et sciatalgie L5 gauche sur hernie discale à ce niveau. Il a énuméré les limitations fonctionnelles suivantes : « alternance position assise/debout, pas de charges supérieures à trois kilos, pas les bras au-dessus de l'horizontale, pas d'escaliers, ni échafaudages, pas de machines-outils, pas de marche en terrain accidenté, et attention, concentration limitée[s] à qq temps scindées en plusieurs créneaux ». Eu égard à ces restrictions, le Dr T._____ estimait que seule une activité occupationnelle était supportable « permettant d'améliorer la situation psycho-physique » ; il précisait que l'état de santé de l'assuré ne lui permettait pas de « dépasser un seuil maximal de 30% en occupationnel dans l'immédiat » ;

- un rapport du 10 juin 2020 dans lequel le Dr Q._____ a posé les diagnostics de douleurs et limitations fonctionnelles du pied gauche dans le cadre d'une fracture (probablement de fatigue) de la première phalange du cinquième orteil gauche en février 2018, compliquée d'un CRPS (*Complex regional pain syndrome*), de dorso-lombalgies chroniques dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis, d'un déconditionnement global et d'une hémochromatose, d'obésité de grade II selon l'OMS (Organisation mondiale de la Santé), d'hémochromatose homozygote type I, traitée par saignée depuis 2017, d'hypogonadisme hypogonadotrophique dans le cadre d'une obésité, de hernie hiatale avec antrite en 2019, d'état anxiodépressif chronique, d'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs, traitée à droite par laser-thérapie endoveineuse en 2019, compliquée d'une thrombose veineuse, de communication inter-auriculaire discrète, non traitée, de cholélithiases asymptomatiques (2017), d'hémorroïdes internes stade I, de carence récidivante en vitamine D, traitée, de status post fracture claviculaire gauche en 1989, traitée conservativement et d'asthme anamnestique durant l'enfance. Au vu des limitations fonctionnelles (à savoir, éviter la marche ou la station debout, le maintien de positions statiques du tronc, les ports de charges au-delà de trois kilos, les mouvements de torsion ou de flexion de tronc), de la limitation d'endurance ainsi que de la formation

effectuée et la maîtrise partielle du français, seule une activité manuelle assise, légère, permettant des changements réguliers de position (au moins une fois par tranche de vingt à trente minutes) et des pauses, ceci sur un « horaire de la demi-journée maximum », avec un rendement diminué (vu une réduction de la vitesse de travail et des pauses) de 70-80 % au maximum, soit à un taux global de travail « de l'ordre de 30-40% tout au plus » était exigible de la part de l'assuré. Ce médecin précisait « l'on se trouve ainsi à la limite entre une activité occupationnelle et lucrative » ;

- un rapport du 24 juin 2020 de la Dre R._____, assistée de la psychologue-psychothérapeute FSP [...], dont il ressort les réponses suivantes aux questions posées par Me Duc :

“1) Quel est le status ?

Dès le 28 mai 2020, Monsieur F._____ signale des troubles du sommeil, une nervosité et une irritabilité, une diminution de son appétit, une humeur triste avec une tendance à pleurer au cours de la journée. Il éprouve peu de plaisir à faire des choses habituellement agréables. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, il signale des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire (notamment lorsqu'il regarde des films, il dit ne guère se souvenir de leur contenu à la fin). Il fait également état d'une grande fatigue et d'une fatigabilité. Son épuisement et la baisse de sa thymie diminuent encore sa résistance face au stress, à des pressions. Sur le plan relationnel, cela implique qu'il n'a guère la force à mettre des limites. Il n'arrive pas à faire valoir son désaccord et a tendance à céder alors qu'il n'y a pas de raison et que la situation tourne à son désavantage. L'état dépressif implique que Monsieur F._____ a totalement perdu confiance en lui.

2) Quels sont les diagnostics retenus ?

- F33.11 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique.
- F60.7 Personnalité dépendante
- Z61 Difficultés liées à une enfance malheureuse (décès de la mère, alcoolisme du père, sévices physiques, départ du foyer)

3) Est-ce que l'état de santé de Monsieur F._____ lui permet de travailler sur le marché du travail ? Et si oui, dans quelle mesure ? Avec quel rendement ? Ou est-ce que ses atteintes à la santé ne lui permettent qu'une activité occupationnelle ?

A l'heure actuelle, l'atteinte à la santé ne permet pas à Monsieur F. _____ de travailler sur le marché du travail. Il est trop tôt pour dire quand il sera à nouveau apte à travailler et dans quelle mesure. Tout dépend de l'évolution de son état de santé sur le plan physique.

4) *Pourriez-vous motiver votre appréciation ?*

L'appréciation repose sur les limitations fonctionnelles décrites sous question 1, à savoir : le patient ne supporte pour le moment aucun stress, aucune pression, il est fatigué et fatigable, il présente des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire ainsi qu'un ralentissement apparent au niveau de l'élocution. Le patient fond en larmes lorsqu'il évoque des vécus pénibles et douloureux. Il vit très douloureusement le fait d'en être réduit à ne plus être en mesure de participer à la vie active ainsi qu'à la vie sociale en général. Il présente des signes de découragement patents : il dit par exemple avoir de la peine à supporter ses journées, il se sent de plus en plus menacé dans son autonomie. Le patient se fait complètement abuser par son ex-épouse qui le traite en objet utilitaire à exploiter. Il n'est pas en mesure de mettre seul, fin à cette nouvelle maltraitance.

5) *Quel est l'impact des atteintes à la santé pour Monsieur F. _____ dans une activité occupationnelle ?*

Si Monsieur F. _____ retravaille un jour, que ce soit dans une activité occupationnelle ou dans une activité lucrative, il ne pourra que travailler dans un environnement adapté, à savoir rassurant, sans pression et stress. Enfant, Monsieur F. _____ a vécu des années durant dans un état de stress chronique (en lien avec un environnement maltraitant) qui a fini par générer une anxiété persistante.

6) *Quel est le pronostic ?*

Le pronostic est réservé étant donné l'état dépressif récurrent. Ce qui peut constituer un signe encourageant, c'est que le patient garde une certaine capacité à se projeter dans l'avenir : si son état se stabilise, tant sur le plan somatique que sur le plan psychique, il aurait envie de pouvoir bénéficier de mesures de réadaptation AI afin de faire une formation dans le domaine de l'informatique et de travailler dans un environnement qui lui permette de varier les positions debout/assise par exemple."

Le 22 juillet 2020, l'assuré, par son conseil, a encore remis à l'OAI les éléments suivants :

- un rapport du 17 juillet 2020 du Dr Q. _____ indiquant en particulier que l'intéressé ne pouvait réaliser seul les commissions, ni le ménage ; incapable de se déplacer sans cannes, ou alors difficilement sur quelques mètres, celui-ci avait besoin de l'aide et l'intervention régulière de tiers.

Selon le médecin traitant, il existait également un risque d'isolement social ;

- un rapport du 20 juillet 2020 de [...], responsable d'équipe du Centre médico-social de [...], confirmant notamment l'appréciation médicale du Dr T._____, et que la tenue du ménage nécessitant des mouvements ainsi que le port de charges étaient impossibles à effectuer.

Malgré les objections formulées par l'assuré, l'OAI a, par décision du 18 août 2020, confirmé la teneur de son projet de décision du 7 mai 2020.

L'OAI a mis en œuvre dans l'intervalle une enquête d'impotence, dont le rapport du 3 septembre 2020 de l'enquêtrice qui s'est entretenue le 27 août 2020 avec l'assuré à son domicile fait notamment part de l'absence d'un besoin d'aide régulière et importante d'un tiers pour la réalisation des six actes ordinaires de la vie, de l'absence d'un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de deux heures par semaine en moyenne sur une période de trois mois, ainsi que d'un besoin d'une aide permanente pour les soins de base comme d'une surveillance personnelle.

B. Par acte du 23 septembre 2020, F._____, représenté par Me Jean-Michel Duc, a déféré la décision du 18 août 2020 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme, ce sens qu'il a droit à une « rente d'invalidité entière non limitée dans le temps ». Subsidiairement, il a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Le recourant reproche à l'office intimé d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant avant tout la valeur probante du rapport d'expertise P._____ « reposant sur un seul et bref examen médical » en se plaignant de la non-prise en compte des avis divergents des médecins consultés. Ce faisant, il conteste disposer d'une quelconque capacité de travail, avec la précision qu'il ne parvient pas à vivre de manière indépendante, soit sans l'intervention du CMS.

Dans sa réponse du 16 novembre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il relève le caractère probant de l'expertise P._____, estimant que les critiques du recourant ne sont pas de nature à modifier sa position.

Dans sa réplique du 1^{er} décembre 2020, le recourant a complété ses précédentes conclusions en requérant, subsidiairement, la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire pour déterminer ses atteintes à la santé, ses limitations fonctionnelles ainsi que sa capacité de travail, et la tenue de débats publics pour lui permettre de s'exprimer sur son état de santé et sa situation professionnelle. Il conteste à nouveau le caractère probant du rapport d'expertise P._____, en alléguant en outre des « doutes importants quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations abstraites effectuées par le SMR ». A cet égard, il a produit les pièces suivantes :

- un rapport du 18 septembre 2020 relatif à une consultation en date du 27 mai précédent, adressé à Me Duc par le Dr W._____. Ce médecin a posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique du pied gauche dans le cadre d'un status post CRPS, de rachialgies chroniques, d'hémochromatose, d'obésité, d'hypogonadisme, d'hypothyroïdie, et d'état anxiodépressif. Selon son appréciation, la situation était stationnaire. L'évolution était moins bonne que la première fois. Dans ce contexte, il lui semblait important de poursuivre le réentraînement musculaire. L'assuré ne voyait pas l'utilité d'être suivi à sa consultation pour le moment, étant donné que le Dr W._____ n'avait pas d'autres mesures à lui proposer et qu'un séjour stationnaire ne pouvait pas être organisé. Dès lors, les consultations auprès du Dr T._____ se poursuivaient, ainsi qu'au centre d'antalgie du CHUV ;

- un rapport du 6 octobre 2020 rédigé à l'intention du conseil de l'assuré par la responsable d'équipe du CMS de [...] qui a écrit ce qui suit :

“En date du 3.09.2020, je suis allée rencontrer M. F. _____ à son domicile. Ceci m’a permis d’actualiser l’évaluation de ses besoins d’aide et, de ce fait, de compléter le courrier du 20 juillet dernier.

M. F. _____ rencontre des difficultés de mobilisation et ne peut porter des charges, même légères, devant s’appuyer sur des béquilles pour se déplacer. Il a besoin d’aide pour l’entretien de son ménage, pour le changement de ses draps de lit et pour la lessive. Pour cela, il reçoit une aide hebdomadaire du CMS, ainsi que l’aide régulière d’un couple d’amis, lesquels entretiennent la caisse de son chat et lui rendent divers services nécessitant du portage ou des déplacements.” ;

- un rapport du 14 octobre 2020 adressé à Me Duc, dans lequel la Dre R. _____ et la psychologue-psychothérapeute [...] ont précisé avoir constaté une fluctuation de l’état de santé de l’assuré qui l’a empêché de travailler du point de vue psychologique à 100% et à 50%. La composante somatique était très importante, avec la précision que dès qu’une reprise du travail serait possible du point de vue physique, ces intervenants estimaient que du point de vue psychologique l’intéressé aurait besoin d’aide pour une réinsertion à la vie professionnelle. Ils relevaient qu’au cours des dernières consultations étaient apparus de manière plus évidente des traits de personnalité paranoïaques, celui-ci étant devenu plus procédurier et revendicateur. L’assuré avait présenté une rechute dépressive avec des idées suicidaires qui avaient motivé une hospitalisation. Dû à la recrudescence des épisodes dépressifs, ces intervenants ont retenu un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec symptômes somatiques (F33.1). La Dre R. _____ a confirmé le diagnostic de trouble mixte de la personnalité avec une prédominance de traits paranoïaques, schizoïdes et dépendants ; elle se référait au comportement constaté par l’expert lorsqu’il décrivait le comportement caractériel de l’expertisé quand il l’avait informé avoir mis un terme à son séjour à la clinique bernoise en raison de son insatisfaction quant à sa prise en charge qu’il avait jugé insuffisante. Dans ce contexte, l’assuré avait besoin de la reconnaissance de son statut de victime ;

- un rapport du 16 octobre 2020 adressé au Dr Q. _____ par le Prof. X. _____, spécialiste en rhumatologie, posant les diagnostics de syndrome douloureux chronique, de lombalgies et cervicalgies mécaniques dans le contexte d’une discopathie débutante et arthrose

facettaire (IRM du rachis lombaire de décembre 2019 : protrusion non spécifique, petite hernie discale C6-C7 paramédiane et foraminale droite, maladie de Scheuermann) ainsi que de status post suspicion d'algoneurodystrophie du cinquième rayon du pied gauche. Le Prof. X._____ notait que l'assuré avait été récemment hospitalisé en psychiatrie pour un problème d'alcool. Ce spécialiste ne trouvait pas de maladie rhumatismale inflammatoire. Le syndrome douloureux chronique était par contre sévère avec peu de ressources, selon le Prof. X._____, à cause d'une comorbidité et notamment une multi-médication psychiatrique. Il estimait la capacité de travail à 0 % dans toute activité au motif qu'en dehors de son syndrome douloureux chronique, l'assuré disposait de ressources très faibles au niveau somatique mais surtout psychiques ;

- un rapport du 17 octobre 2020 rédigé à l'intention de Me Duc, dans lequel le Dr Q._____ a critiqué le rapport d'expertise pluridisciplinaire du P._____, estimant qu'il était faux de ne pas retenir le besoin d'aide régulière et importante dans les deux rubriques « se déplacer » et « faire face aux nécessités de la vie » aux motifs que le diagnostic de CRPS n'aurait pas été posé, que les experts avaient retenu que l'expertisé « [était] apte à vivre en groupe, à lier d'étroites relations, [...] à subvenir à ses besoins, il dispos[ait] de mobilité et [pouvait] se déplacer », et qu'ils avaient estimé que ses plaintes « n'[étaient] pas plausibles ni cohérentes eu égard à l'entretien ainsi qu'à ses activités journalières » ;

- une lettre manuscrite du 6 octobre 2020 de l'amie de l'assuré dont il ressort que celui-ci a besoin d'aide « de manière régulière ³/₄ fois par semaine pour les t[â]ches suivantes » :

- Entretien de caisse du chat.
- T[â]ches m[é]nag[è]res divers[es].
- Payements à la poste, recherche de courrier et colis.
- Quelques com[m]issions principal[ement] aux produits frais.
- L'aide Administrative.
- Quelques d[é]placements pour rd[v] sur la riviera."

Dans sa duplique du 21 décembre 2020, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision querellée. Il

relève qu'aucun manquement n'est à déplorer dans l'expertise P._____ validée par le SMR.

Dans ses déterminations des 22 janvier et 5 mars 2021, le recourant a persisté dans les conclusions de son mémoire de réplique du 1^{er} décembre 2020. A l'appui de ses allégations, il a produit les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 18 février 2021 du Prof. X._____ constatant que les limitations fonctionnelles étaient pas d'effort de soulèvement de plus de dix kilos et port de charge limité à quinze kilos proche du corps. Il expliquait qu'en réalité, dans un syndrome douloureux chronique, ces limitations étaient beaucoup plus complexes et notamment influencées par les ressources physiques et psychiques. Il trouvait que les ressources physiques et psychiques de l'assuré étaient très faibles. A son avis, l'expertise ne prenait pas en compte l'interaction des différents diagnostics qui provoquerait une réduction des ressources et donc de la capacité de travail. Il précisait que l'obésité, l'hypogonadisme et l'hémochromatose pouvaient provoquer une fatigue ;

- un rapport du 2 mars 2021 des médecins du Service de rhumatologie du CHUV, dont il ressort un épisode d'acutisation de lombalgies chroniques survenant dans un contexte psycho-social difficile. L'IRM lombaire ne montrait pas de lésion significative ni de spondylarthrite. Le bilan immunologique était normal. Il était noté un syndrome de dépendance à l'alcool, sevrage non compliqué pendant le séjour. L'assuré consommait une à deux bouteilles de vin par jour depuis environ un an à but antalgique et anxiolytique. Il exprimait sa motivation pour effectuer un sevrage pendant son hospitalisation qui se déroulait sans complication et sans nécessité d'utiliser les réserves de Séresta à disposition.

Le 13 avril 2021, produisant un avis du 31 mars précédant du Dr G._____, du SMR, auquel il se rallie, l'OAI a maintenu sa position.

Dans ses déterminations du 3 juin 2021, le recourant se limite à critiquer de manière générale le dernier avis du Dr G._____, relevant que ce médecin n'aurait pas l'autorisation de pratiquer sur le territoire suisse, et ainsi que le travail du P._____. A l'appui de ses allégations, il a produit les pièces suivantes :

- un rapport de la Dre V._____ de la Fondation de [...] attestant le 18 mars 2021 une incapacité de travail totale pour le moment relevant que la capacité de travail de l'assuré était compromise à court, voire à moyen terme. Les symptômes dépressifs à savoir un ralentissement psychomoteur, un fléchissement des capacités cognitives avec troubles de la concentration et de l'attention rendaient toute activité professionnelle impossible pour le moment. Cette médecin a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et de trouble de la personnalité sans précision ;

- un rapport du 30 avril 2021 du Prof. X._____ se positionnant sur le syndrome douloureux somatoforme ;

- un rapport ergothérapeutique du 10 mai 2021 adressé à Me Duc par l'ergothérapeute [...] dont il ressort notamment des limitations fonctionnelles entravant l'assuré dans sa vie quotidienne. Cette intervenante est d'avis que ce dernier ne peut plus vivre de manière indépendante actuellement et qu'il n'est pas en mesure de tenir son ménage sans l'aide d'une tierce personne.

Dans ses déterminations du 28 juin 2021, l'OAI relève que l'argumentation du recourant se limite à discréditer le SMR ainsi que le P._____ et que les attaques purement gratuites faites à l'endroit du SMR sont susceptibles de constituer une violation des règles professionnelles de l'avocat.

Aux termes de ses déterminations du 15 juillet 2021, après avoir à nouveau mis en confrontation quant à leurs compétences les avis des médecins du SMR avec ceux des médecins traitants spécialistes et

professeur, le recourant rappelle que les médecins qu'il a consultés ont expliqué les raisons pour lesquelles il convenait de s'écarter des avis du SMR et des experts P._____.

C. Par décision du 15 octobre 2020, F._____ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 23 septembre 2020. Il était exonéré du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Un avocat d'office en la personne de Me Jean-Michel Duc lui a été désigné.

Par courrier du 4 février 2022, le recourant a renoncé à la tenue de débats publics et a produit un rapport du Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, du 3 février 2022 qui fait état de nouveaux diagnostics postérieurs à la décision litigieuse (syndrome de dépendance à l'alcool et au Tramal® et benzodiazépines) et atteste une incapacité de travail totale au 4 février 2022.

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. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente, en particulier l'existence d'atteintes invalidantes.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 18 août 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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).

c) 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).

d) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent 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).

e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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).

f) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou d'en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_548/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée).

g) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, 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 asséculoologique. 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 l'assuré, 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 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

4. a) L'autorité intimée a refusé d'allouer une rente d'invalidité, au motif que le recourant ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité et ne justifie aucune incapacité de travail de longue durée. Cette décision se base sur les constatations et conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 5 mars 2020 du P. _____ (cf. avis médicaux des 5 mai et 17 août 2020 du Dr G. _____).

De son côté, le recourant conteste disposer d'une capacité de travail résiduelle telle que prise en compte par l'intimé dans sa décision. Dans un premier moyen, il fait valoir en substance que les rapports médicaux des médecins consultés valent contre-expertise.

b) Dans le cadre de son instruction, l'OAI a, par le biais de la plateforme SuisseMED@P, confié au P. _____ le soin de procéder à une expertise pluridisciplinaire (de médecine interne, psychiatrique et rhumatologique) de l'assuré. Les experts ont posé les diagnostics de douleurs cervicales avec hernie discale médiane et paramédianes C5-C6 sans signes de compression, douleurs lombaires sur maladie de Scheuermann, diffusion des douleurs sans substrat anatomique, métatarsalgies gauches post fracture spontanée atraumatique de la première phalange du cinquième orteil consolidée, trouble dépressif récurrent léger avec syndrome somatique, hémochromatose héréditaire, obésité (en attente d'une intervention de bypass), de suspicion d'un hypogonadisme hypogonadotrope vraisemblablement à mettre sur le compte de l'obésité, et de syndrome des apnées du sommeil (avec un index apnées/hypopnées à la limite supérieure de la norme). Au terme de leur appréciation consensuelle du cas, notant des facteurs de surcharge avec un certain théâtralisme au niveau de l'expression des plaintes, les experts ont estimé que la capacité de travail de l'assuré était entière dans toute activité depuis la consolidation de la fracture au pied gauche, soit depuis juillet 2018 sur l'IRM et la scintigraphie éliminant une algodystrophie. Ils ont retenu des limitations fonctionnelles provisoires (pas d'effort de soulèvement de plus de dix kilos, port de charge limité à quinze kilos, proche du corps).

Les experts ont justifié leurs diagnostics et l'évaluation de la répercussion des atteintes sur la capacité de travail.

aa) Sur le plan somatique, l'expert de médecine interne, après avoir écarté un syndrome de Cushing et un hypogonadisme cliniquement significatif, a constaté que l'obésité à elle seule ne limitait pas l'activité habituelle, et la capacité de travail était donc de 100 % depuis toujours. Il en était de même dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré. Cet expert n'a pas constaté un besoin d'aide régulier et important pour accomplir l'acte « se déplacer » en indiquant qu'actuellement, pour des raisons orthopédiques, les déplacements étaient difficiles et lents à l'aide de cannes anglaises et ne permettaient que le port de charge modéré dans un sac à dos, le port avec les bras étant décrit comme impossible. Un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie était également réfuté par cet expert ; l'intéressé avait actuellement une activité extrêmement limitée et sortait de son logement uniquement pour de petites courses ou se rendre à ses rendez-vous médicaux. Le reste de la journée, il le passait soit en position assise, soit au lit. Il se faisait livrer les courses plus lourdes. Il restait en mesure de se faire à manger, de s'occuper de lui-même et ne présentait aucune limitation retenue sur le plan de la médecine interne l'empêchant de faire son ménage.

bb) Dans le cadre de l'accomplissement de son mandat, l'expert rhumatologue a pris le soin de recueillir des informations complémentaires auprès des médecins consultés par l'assuré (IRM du rachis cervical du 20 décembre 2019 [montrant une petite hernie discale et para médiane droite en C5-C6 sans signe de compression ainsi qu'une maladie de Scheuermann] ; rapport de consultation du Dr W. _____ du 28 janvier 2020 [notant la poursuite du traitement par physiothérapie en l'absence d'amélioration de l'état de santé, l'assuré ne voyant pas d'utilité de continuer à être suivi par ce médecin]). Cet expert a retenu les diagnostics, avec impact sur la capacité de travail, de douleurs cervicales avec hernie discale médiane et paramédianes C5-C6 sans signe de compression (M50.2) et de douleurs lombaires sur maladie de

Scheuermann (M51.9). Sans répercussion sur la capacité de travail, il a posé les diagnostics de diffusion des douleurs sans substrat anatomique et de métatarsalgies du pied gauche après fracture de P1 du V^o orteil consolidée. Il a confirmé qu'hormis de petites sorties (marche avec deux cannes de quinze minutes), l'assuré passait sa journée entre le lit et le canapé, et qu'il avait fait l'acquisition d'un fauteuil spécial pour l'ordinateur. Il notait que l'assuré habitait seul un studio de trente-deux mètres carrés au premier étage sans ascenseur (montée et descente difficiles), qu'il bénéficiait de l'aide du CMS pour le ménage, et qu'il avait commandé une machine pour laver le linge (il lavait auparavant son linge une fois par mois dans la buanderie sise au sous-sol de l'immeuble avec des difficultés pour descendre et monter deux étages). L'assuré cuisinait lui-même (avec parfois un ami qui venait l'aider). Il ne faisait pas de repassage. Il faisait les courses quotidiennement au magasin situé à moins de cinq minutes de chez lui ; les vendeurs l'aidaient à mettre ses achats en sacs ; pour les grosses quantités, il commandait souvent en ligne sur internet et se faisait livrer. Enfin, il conduisait rarement grâce à un abonnement Mobility. L'examen du pied gauche ne retrouvait aucune signe vasomoteur : il n'y avait pas de différence de température, de couleur ou de texture des tissus ou de la peau. Il n'y avait pas de limitation de la mobilisation (flexion plantaire : 75°, flexion dorsale : 30°, pas de limitation du valgus/varus). Tout au plus une légère augmentation de volume, présente également sur le dessus du pied droit qui était à mettre sur le compte d'une insuffisance veineuse, ce qui associé à la négativité de la scintigraphie osseuse, rendait difficile le diagnostic d'algodystrophie. Par ailleurs, il n'était retrouvé aucune irradiation dans les membres supérieurs ou inférieurs et l'examen neurologique normal permettait de constater l'absence de signe de fibromyalgie. Quant aux douleurs lombaires, elles n'étaient que secondaires à des discopathies communes sur maladie de Scheuermann. Il était noté également des facteurs de surcharge sans aucune justification aux autres douleurs (à savoir, une douleur cervicale irradiant dans les omoplates et une douleur lombaire). Dans ces conditions, l'expert rhumatologue a estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis le 12 février 2018 (date de la découverte de la fracture) jusqu'au mois de juillet 2018 (constatation

de la consolidation de la fracture sur l'IRM et la scintigraphie osseuse éliminant une algodystrophie) dans l'activité habituelle ainsi que de 100 % depuis toujours dans une activité correspondant aux aptitudes de l'intéressé. Les limitations fonctionnelles retenues étaient « pas d'effort de soulèvement de plus de 10 kg, port de charge limité à 15 kg, proche du corps ».

cc) Sur le plan psychiatrique, l'expert a décrit un assuré qui, par moments, a eu une attitude démonstrative concernant ses douleurs et qui, tout en disant qu'il ne pouvait pas se concentrer, a tout de même été capable de donner des détails aux questions précises posées. En raison d'un français lacunaire, l'expert s'est adjoint un traducteur pour mener à bien l'entretien. Il était bien orienté aux trois modes (soit le temps, l'espace et concernant la situation). Les troubles cognitifs (trouble de l'attention, de la concentration, de la compréhension, et de la mémoire) dont se plaignait l'intéressé n'ont pas été mis en évidence durant l'entretien, ni du point de vue anamnestique. Il ne présentait en outre aucun problème du quotient intellectuel. Concernant la lignée psychotique, au moment de l'entretien il n'a pas été constaté de troubles formels de la pensée sous la forme de clivages du Moi, barrages, bizarreries ou réponses à côté. Il n'y avait pas de troubles de la perception sous forme d'hallucinations, ni d'idées délirantes notamment de persécution. Le jour de l'entretien avec l'expert, l'assuré n'était ni triste ni d'humeur dépressive. Il n'y avait pas de signes cliniques d'un ralentissement psychomoteur. L'élan vital n'était pas perturbé et il n'y avait pas d'idées noires ou d'envies suicidaires. Sur le plan de l'humeur, il existait des sentiments d'infériorité et de dévalorisation selon les douleurs toutefois sans sentiment de découragement, d'inutilité ou de ruine. Il y avait la présence de troubles du sommeil. Aucune euphorie, logorrhée ou fuite dans les idées n'a été observée. L'assuré n'était en outre pas provocateur, vindicatif, démonstratif ou manipulateur. Aucun contact familial avec l'expert n'a été constaté. Sur le registre anxieux, il n'a pas été constaté de tension nerveuse, d'irritabilité ni d'angoisse, et l'assuré n'avait pas de phobie, de rituel ni de TOC. Il n'existait pas de signes cliniques d'un stress post-traumatique, pas de souvenirs envahissants

(flashbacks) ou de rêves, ni de cauchemars. Concernant les conduites alimentaires, aucune boulimie ou anorexie n'était à déplorer. Il n'y avait aucune conduite d'addiction. Sur la base de son examen, l'expert psychiatre a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique (F33.01) qu'il reliait à un premier épisode vers l'âge de 11 - 12 ans (après le décès de la mère de l'assuré) puis à un deuxième épisode après la séparation de l'assuré d'avec sa femme vers 2017. Dans ce contexte, l'expert était d'avis que les signes cliniques avaient toujours été « d'un degré léger ». A cet égard, son analyse s'écarte du degré de sévérité retenu par la psychiatre traitant (la Dre V. _____), au motif que cette dernière décrivait les symptômes et non pas les signes cliniques. A l'instar de l'évaluation neuropsychologique effectuée en juillet 2017, l'expert note à son tour des discordances entre les tests difficilement explicables, disant même à certains moments avoir douté des dires de l'expertisé, notamment en fin d'entretien lorsque celui-ci, d'une manière quelque peu théâtrale, avait évoqué sa souffrance ressentie depuis le décès de sa mère ; s'il a eu l'impression d'une certaine exagération, cela n'était toutefois pas au point de parler d'une majoration des symptômes ou d'une production intentionnelle ou simulation. L'expert n'a pas retenu de trouble de la personnalité compte tenu de l'absence de signe présent pendant l'entretien ni du point de vue anamnestique. Il a par ailleurs pas non plus retenu de troubles de l'addiction.

L'expert psychiatre a estimé que l'épisode dépressif n'avait aucune incidence sur la capacité de travail. L'assuré présentait en effet des ressources psychologiques, était capable de s'adapter à des règles de routine, de planifier et structurer ses tâches. Il possédait de la flexibilité et la capacité de changement, de mobiliser ses compétences et ses connaissances. Il était apte à prendre des décisions, possédait du discernement, était capable d'initiatives et d'actions spontanées. Il pouvait s'affirmer, tenir une conversation et établir le contact avec des tiers. Il était apte à vivre en groupe, à lier d'étroites relations, à prendre soin de lui-même et à subvenir à ses besoins. Il disposait également de mobilité et pouvait se déplacer. En revanche sa capacité de résistance et d'endurance était légèrement diminuée à cause de la douleur alléguée. En ce qui

concerne la cohérence, les experts ont relevé que les plaintes formulées par l'expertisé ne leur semblaient pas plausibles ni cohérentes eu égard à l'entretien ainsi qu'à ses activités journalières. Ils ont constaté la présence d'une certaine théâtralité et une exagération des symptômes sans qu'ils puissent retenir le diagnostic de majoration des symptômes. En présence d'un assuré bénéficiant de ressources, du point de vue psychiatrique, l'expert a évalué la capacité de travail de celui-ci à 100 % dans toute activité, ceci depuis toujours.

dd) Les experts ont dûment motivé leurs conclusions et, s'en tenant à leur rôle d'experts, ont distingué les éléments subjectifs basés sur les plaintes exprimées et leurs propres constatations médicales pour évaluer la capacité de travail. Concluant unanimement à l'absence d'atteinte significative à la santé physique et psychique, sans que les diagnostics posés n'entraînent de limitation fonctionnelle définitive et n'interfèrent donc avec la capacité de travail, ils retiennent uniquement une incapacité de travail de courte durée en lien avec la fracture du pied gauche qui depuis s'est consolidée sans séquelles malgré les plaintes subjectives restant alléguées par l'assuré. Pour ces motifs, il n'a pas de limitation fonctionnelle dans l'exercice d'une activité adaptée et le traitement conservateur actuel n'empêche pas une reprise de l'activité habituelle, avec la précision que les mesures d'hygiène en rapport avec l'obésité sont sans répercussion professionnelle.

c) Les pièces médicales établies postérieurement à l'expertise du P. _____ dont se prévaut le recourant ne permettent pas de mettre en doute les conclusions de celle-ci.

Dans son rapport du 17 octobre 2020, le Dr Q. _____ critique le rapport d'expertise du 5 mars 2020, d'avis qu'il est erroné de ne pas retenir le besoin d'aide régulière et importante dans deux rubriques se déplacer et faire face aux nécessités de la vie au motif que le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe (SDRC) n'aurait pas été retenu. Contrairement à ce que soutient le Dr Q. _____, les experts ont parfaitement reconnu les douleurs de l'assuré, notamment les

métatarsalgies. Ils s'étonnent toutefois de la sévérité de ses douleurs compte tenu des constatations clinico-radiologiques objectivement pauvres malgré des investigations nombreuses, des traitements adaptés, y compris dans des cliniques spécialisées dans les douleurs chroniques, et une fracture qui a bien évolué. L'expert rhumatologue ne relève pas d'œdème (si ce n'est pour des raisons d'insuffisance veineuse), comme le Dr W._____ dans son rapport du 18 septembre 2020, pas de modification de température, de couleur ou de texture des tissus ou de la peau, ni de limitation articulaire en flexion-extension par rapport à celles constatées par les médecins traitants, lesquels invitaient par ailleurs le recourant à l'époque à faire des exercices pour dérouler le pied afin d'éviter toute ankylose (rapport de consultation du 9 octobre 2019 du Dr Q._____) et à abandonner les cannes (rapport du 18 juin 2018 du Dr C._____). Le Dr Q._____ reproche également aux experts d'avoir retenu que l'assuré est apte à vivre en groupe et à lier d'étroites relations. Les experts ont reconnu que l'assuré présentait un trouble dépressif récurrent léger avec syndrome somatique ainsi qu'un certain isolement (des amis l'aident pour les courses, le transport et le ménage. Il a également des amis à qui il rend parfois visite) mais ils lui reconnaissent encore des ressources. Des discordances sont en outre relevées tant sur les plans somatiques, neuropsychologiques et psychiatriques. Les limitations fonctionnelles retenues par le médecin traitant sont certes plus importantes (à savoir, une limitation articulaire en flexion-extension de cheville [5-20° en flexion et 5° en extension], une hypothermie, un léger œdème ainsi qu'une sudation au pied gauche), mais elles se recoupent avec celles mentionnées par les experts et sont dues à l'utilisation de cannes, au déconditionnement ainsi qu'au manque d'endurance de l'assuré, ce qui n'est pas contesté par les experts.

Le rapport du 9 juin 2020 du Dr T._____ s'inscrit dans la continuité du rapport précédent du Dr Q._____. Ce faisant, le médecin traitant entend substituer ses propres conclusions selon lesquelles seule une activité occupationnelle, de 30 % au maximum, serait exigible de la part de l'assuré en raison de son état de santé défaillant. Cette appréciation, outre qu'elle émane du médecin traitant généraliste et est

d'emblée sujette à réserves en raison du mandat thérapeutique qui unit celui-ci à son patient (cf. consid. 3g supra), ne saurait en tout état de cause valablement rediscuter l'estimation des experts. Si les constatations des Drs T. _____ et Q. _____ ont pu être influencées dans une certaine mesure par le comportement de l'assuré dont le théâtralisme a été relevé par les trois experts, leur avis paraissent procéder d'une appréciation divergente d'un état de fait clairement posé sur le plan médical, mais sans avoir pris en considération la nécessité d'une approche globale et circonstanciée du cas de l'assuré, ce que les experts ont par contre fait dans le cadre de leur appréciation consensuelle sans seulement considérer que les pathologies induisaient une incapacité de travail, mais en appréciant la situation dans son ensemble sur la base des résultats de leurs examens spécialisés réalisés dans les règles de l'art.

Les 20 juillet et 6 octobre 2020, la responsable d'équipe du CMS de [...] en charge des soins infirmiers prodigués à l'assuré fait part de ses propres constats. Toutefois elle n'est pas un médecin et ne saurait donc rediscuter le bienfondé des constats et conclusions des experts médecins. L'intervenante du CMS ne fait du reste que confirmer l'appréciation du Dr T. _____ quant aux difficultés dans la tenue du ménage de l'assuré. Il n'en ressort dès lors aucun élément médical dont les experts n'auraient pas déjà eu connaissance.

Dans le rapport du 14 octobre 2020, la Dre R. _____ et la psychologue-psychothérapeute [...] précisent avoir constaté une fluctuation de l'état de santé psychiatrique entravant la capacité de travail à 100 % et à 50 %, la composante somatique étant très importante. Elles relevaient que lors des dernières consultations, étaient apparus des traits de personnalité paranoïaque, celui-ci étant devenu plus procédurier et revendicateur, avec une rechute dépressive et des idées suicidaires qui ont motivé une hospitalisation, conduisant au diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec symptômes somatiques (F33.1). Ce faisant, la psychiatre traitant confirme le diagnostic de trouble mixte de la personnalité avec prédominance de traits paranoïaques en lien avec le comportement caractériel constaté par l'expert. Ce rapport n'est

pas de nature à contredire valablement les conclusions de l'expert psychiatre qui relève également les épisodes dépressifs et les incapacités de travail, et surtout une importante discordance entre les plaintes théâtrales, jugées peu plausibles, qui laissent tous les experts insensibles. Par ailleurs, le 12 juillet 2019, la psychiatre traitant notait que la sévérité des symptômes fluctuait en fonction des événements et que l'état était stationnaire, les limitations dans l'activité habituelle étaient essentiellement physiques avec des restrictions psychiques sans impact sur l'autonomie. Ces éléments ont été confirmés le 24 juin 2020, avec la précision qu'à l'avenir l'assuré avait envie de pouvoir bénéficier de mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité afin de faire une formation dans le domaine informatique et de travailler dans un environnement qui lui permette de varier les positions debout/assise. Les limitations fonctionnelles relevées par la psychiatre traitante sont des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire et un manque de résistance au stress.

Dans son rapport du 16 octobre 2020, le Prof. X. _____ pose les diagnostics de syndrome de douleur chronique, de lombalgies et cervicalgies mécaniques dans le contexte d'une discopathie débutante et arthrose facettaire ainsi que de status post suspicion d'algoneurodystrophie du cinquième rayon du pied gauche. Il note alors une hospitalisation récente de l'assuré en psychiatrie pour un problème d'alcool, sans retrouver de maladie rhumatismale inflammatoire. Il estime la capacité de travail de l'assuré nulle dans toute activité en présence d'un syndrome douloureux chronique sévère (en raison d'une comorbidité et notamment d'une multi-médication psychiatrique), avec des ressources très faibles au niveau somatique mais surtout psychique.

En l'occurrence, le Prof. X. _____ justifie une capacité de travail nulle pour des ressources très faibles au niveau somatique mais surtout psychique. Outre le fait que ce spécialiste en rhumatologie dépasse son domaine de compétence en ce qui concerne le volet psychique, force est de constater qu'il n'expose pas les raisons pour lesquelles les ressources du recourant seraient très faibles ni n'énumère

ou décrit les ressources du recourant qu'il juge trop faibles, de sorte que son avis insuffisamment étayé ne saurait être de nature à mettre en doute les conclusions des experts.

L'avis du 18 février 2021 du Prof. X._____ n'est pas plus convaincant et ne peut se concevoir que comme une appréciation divergente d'une situation similaire. Constatant que les limitations fonctionnelles sont pas d'effort de soulèvement de plus de dix kilos et port de charge limité à quinze kilos proche du corps, comme l'ont retenu les experts, ce rhumatologue est d'avis qu'en présence d'un syndrome douloureux chronique, ces restrictions sont beaucoup plus complexes et en particulier influencées par les ressources physiques et psychiques. Il reproche aux experts de ne pas tenir compte de l'interaction des différents diagnostics qui réduiraient les ressources et partant la capacité de travail. Ce rhumatologue se positionne à nouveau sur des éléments étrangers à sa spécialité, sans apporter de nouveaux éléments dont les experts n'ont pas déjà tenu compte. En effet, il ne fournit toujours aucune explication s'agissant des ressources physiques et psychiques qualifiées de faibles, alors que ses remarques selon lesquelles « l'obésité, l'hypogonadisme et l'hémochromatose, atteintes examinées au demeurant par les experts, pouvaient provoquer une fatigue » sont formulées sans disposer d'aucun fondement objectif médical, restant au stade des hypothèses. De leur côté, les experts ont, de manière consensuelle, examiné la totalité des atteintes à la santé du recourant ainsi que leur interaction, pour celles qui étaient compatibles entre elles. Ils ont procédé à des investigations et écarté certains diagnostics. Faute de signe probant, l'expert rhumatologue avait à cet égard exclu le diagnostic de fibromyalgie, qui avait notamment été posé à titre de probabilité par le Dr S._____ le 16 octobre 2018, bien que celui-ci ait constaté la présence de points douloureux multiples dépassant largement les points de fibromyalgie. A cet égard, même si le diagnostic de troubles somatoformes ou de fibromyalgie n'a pas été retenu par les experts, force est de constater que les atteintes de l'assuré ont été examinées par les experts au moyen d'une procédure probatoire structurée selon les indicateurs standards pertinents prévus par la jurisprudence fédérale.

Quant au rapport du 30 avril 2021, il convient de retenir que le Prof. X. _____ est certes compétent pour examiner des troubles somatoformes ou la fibromyalgie (diagnostic non posé en l'espèce), mais dans ce cas, comme le relève la jurisprudence (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4), et comme l'admet le Prof. X. _____ implicitement, il est nécessaire de s'adjoindre les services d'un psychiatre. C'est précisément ce qu'ont fait les experts dans leur avis consensuel d'expertise. De plus, dans aucun de ses rapports, la psychiatre traitante ne mentionne que les ressources du recourant sont nulles, elle n'atteste que de troubles cognitifs à titre de limitations fonctionnelles sur la capacité de travail. A cela s'ajoute que le fait que l'assuré dispose de connaissances informatiques, utilise le système Mobility, se fait livrer des marchandises et a été accepté pour une chirurgie bariatrique après un bilan psychiatrique témoigne de ressources adaptatives.

S'agissant du rapport du 2 mars 2021 consécutif à l'hospitalisation de l'assuré en janvier 2021 au sein du Service de rhumatologie du CHUV, on relèvera qu'outre que cette hospitalisation est postérieure à la décision attaquée, il en ressort un sevrage à l'alcool non compliqué pendant le séjour, avec une suite de prise en charge à la Fondation de [...] qui n'est pas imposée par la sévérité du tableau clinique mais qui s'effectue sur la base volontaire de l'assuré. Un tel constat ne peut donc que confirmer l'absence de troubles de l'addiction retenue par l'expert psychiatre.

Le rapport du 18 mars 2021 établi par la Dre V. _____ pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et de trouble de la personnalité sans précision (F60.9) estimant que la capacité de travail de l'assuré est compromise à court, voire à moyen terme, en toute activité, et constatant des symptômes dépressifs (à savoir un ralentissement psychomoteur, un fléchissement des capacités cognitives avec troubles de la concentration et de l'attention), avec la précision que seule une évolution favorable sous traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré permettrait une reprise du travail. Cette

psychiatre n'apporte aucun élément objectif nouveau sur le plan médical dont les experts n'auraient pas tenu compte ; elle se limite à décrire des symptômes, sans lister pour autant de limitations fonctionnelles propres à étayer son estimation de la capacité de travail à court et moyen terme. A cet égard, on observe que l'expert psychiatre a quant à lui apprécié le degré fonctionnel en pondérant les déficits et les ressources, en déterminant la cohérence entre les plaintes (pas plausibles ni cohérentes) de l'assuré et son comportement dans ses activités journalières (en observant une absence de limitation rencontrée), et excluant de son analyse des facteurs contextuels non médicaux, susceptibles d'entraver la reprise par l'intéressé (présentant une certaine théâtralité et exagération des symptômes) d'une activité professionnelle. De plus, il n'a pas retenu de troubles de la concentration, de l'attention, de la compréhension, et de la mémoire.

Enfin, le rapport ergothérapeutique du 10 mai 2021, corroboré par la lettre manuscrite du 6 octobre 2020, dont se prévaut le recourant, outre qu'il n'émane pas d'un médecin et n'est donc pas susceptible de rediscuter l'appréciation du cas effectuée par les experts du P._____, est de toute manière contredit par les constatations et conclusions du rapport du 3 septembre 2020 de l'enquête à domicile du 27 août 2020 (pièce 233). L'enquêtrice de l'OAI n'a en particulier pas retenu un besoin d'aide pour l'acte ordinaire « se déplacer », ce besoin n'étant pas régulier et important. Elle a également estimé que le besoin d'aide ne permettait pas de retenir l'accompagnement, l'assuré décrivant d'ailleurs un besoin essentiellement pour les tâches ménagères et les courses, pouvant se préparer les repas, assumer les travaux de nettoyage quotidien léger et la gestion de son quotidien (rapport d'évaluation impotence du 3 septembre 2020, pp. 5 - 7).

d) Par un second moyen, le recourant met en doute le travail des experts en critiquant leur manque d'indépendance, au motif que ceux-ci seraient systématiquement mandatés par l'OAI ainsi que la courte durée des examens qu'ils ont réalisés. A cet égard, il convient de rappeler que comprenant trois disciplines médicales, l'expertise a été confiée à l'un des

centres d'expertises conventionnés et l'attribution du mandat s'est faite de manière aléatoire. Le choix aléatoire s'est effectué via la plateforme SuisseMED@P conformément à l'art. 72bis RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201). Le mode d'attribution par le biais de ladite plateforme fédérale ne laisse place à aucun autre système de désignation des experts (ATF 140 V 507 consid. 3 ; TF 9C_140/2015 du 26 mai 2015 consid. 5.1). En l'occurrence, l'OAI n'avait donc aucune possibilité d'intervention dans le processus d'attribution du mandat au P._____, mais encore les experts n'ont aucun lien avec cet office. Par ailleurs, le rôle de l'expert consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé de l'assuré dans un délai relativement bref (TF 9C_812/2014 du 16 février 2015 consid. 4.1 ; TF 9C_386/2010 du 15 novembre 2010 consid. 3.2 ; TF 9C_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2 et la référence), si bien que le grief du recourant selon lequel les experts l'ont vu durant une durée limitée est mal fondé.

e) Le recourant met aussi en doute la valeur probante des avis médicaux du SMR. A cet égard, il convient de se limiter à rappeler que le SMR avait pour mandat de conseiller l'intimé sur la base des éléments au dossier (art. 49 al. 3 RAI), ce qu'il a fait dans son avis du 5 mai 2020 en déclarant ceci : « L'expertise est pleinement convaincante et nous permet de comprendre que l'assuré a présenté une IT [incapacité de travail] de courte durée en lien avec sa fracture du pied gauche qui depuis s'est consolidée sans séquelles bien que des plaintes subjectives soient alléguées par l'assuré. Il n'y a pas d'éléments pour retenir d'atteinte durablement incapacitante, notamment pas dans l'axe psychiatrique ni neurologique [...]. Pour ces raisons, il n'y a jamais eu de LF [limitation fonctionnelle] dans une AA [activité adaptée] et le traitement conservateur actuel n'empêche pas la reprise dans l'AH [activité habituelle] ». Cette analyse de la situation a été confirmée le 31 mars 2021 par le SMR.

f) Les moyens soulevés par le recourant à l'appui de sa cause sont infondés. S'il est possible qu'une péjoration de l'état de santé de celui-ci ait eu lieu après la décision attaquée, il n'existe en l'état toutefois

aucun élément probant justifiant de s'écarter des conclusions consensuelles circonstanciées des experts du P._____, étant souligné que le rapport d'expertise du 5 mars 2020 remplit les réquisits pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. consid. 3e - f supra). Ce rapport pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie et rhumatologie) est en effet le fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par le recourant devant chacun des experts, se base sur des anamnèses complètes décrivant le contexte déterminant. Reposant sur des investigations fouillées, ce rapport contient une appréciation consensuelle claire de la situation par des spécialistes dans leurs domaines et aboutit à des conclusions médicales minutieusement motivées et exemptes de contradictions.

g) Avec les experts du P._____ on retient que, sur le plan somatique, la capacité de travail du recourant est de 100 % depuis toujours. Sur le plan rhumatologique, si elle est nulle depuis le 12 février 2018 (date de la découverte de la fracture) jusqu'au mois de juillet 2018 (constatation de la consolidation de la fracture sur l'IRM et la scintigraphie osseuse éliminant une algodystrophie) dans l'activité habituelle, la capacité de travail de l'intéressé est par contre de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (« pas d'effort de soulèvement de plus de 10 kg, port de charge limité à 15 kg, proche du corps »), depuis toujours. Enfin, du point de vue psychiatrique, la capacité de travail de l'assuré est de 100 % dans toute activité depuis toujours.

5. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par le recourant dans ses écritures - à savoir la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire pluridisciplinaire - doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

6. a) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Jean-Michel Duc peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 18 octobre 2021, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter à 3'760 fr. 10 l'indemnité de Me Duc, correspondant à seize heures et vingt minutes de travail d'avocat (sur la base d'un tarif horaire de 180 fr.) et trois heures et trente minutes de travail d'avocat-stagiaire (sur la base d'un tarif horaire de 110 fr.), 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 partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; 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 18 août 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six 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 Jean-Michel Duc, conseil du recourant, est arrêtée à 3'760 fr. 10 (trois mille sept cent soixante francs et dix centimes), 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 à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour F. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :