

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 janvier 2022

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mmes Berberat et Durussel, juges
Greffière : Mme Tedeschi

Cause pendante entre :

T._____, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 28 al. 1 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI ; 17 al. 1 et 43 al. 1 LPGA.

E n f a i t :

A. T. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé comme agent de logistique à 100 % auprès du Centre V. _____ (ci-après : le Centre V. _____ ou l'employeur), entre le 1^{er} juin 1997 et le 31 août 2013. Il a tout d'abord occupé un poste d'agent de propreté et d'hygiène, avant d'être reclassé, dès le 1^{er} octobre 2008, dans une activité d'aide-jardinier, en raison d'un eczéma chronique allergique avec composante irritative causé par certains produits de nettoyage.

Le 27 juin 2011, l'assuré a déposé une demande de mesures professionnelles et de rente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), mentionnant des allergies et des affections cutanées.

En date du 27 août 2011, l'intéressé a été victime d'un accident de la circulation, son véhicule automobile ayant été frontalement et violemment percuté par une autre voiture dépassant en sens inverse. Cet événement lui a causé des traumatismes de la jambe, du pied et de la main gauches. L'assuré a ainsi souffert d'une fracture des première et deuxième phalanges du pouce gauche, d'une fracture ouverte de la jambe gauche de type Gustilo II, ainsi que de fractures sous-capitale des deuxième et quatrième métatarsiens gauches et du Lisfranc gauche (compliquées de syndrome des loges). Ces atteintes ont nécessité de multiples interventions chirurgicales dont, en date du 15 avril 2016, une ablation du matériel d'ostéosynthèse du tibia et du pied gauches, une arthrodèse tarsométatarsienne 1 à gauche et une ostéotomie de médialisation du calcaneus gauche (cf. not. le rapport d'expertise du 18 mai 2015, complété les 30 novembre 2015, 19 juillet 2016 et 23 novembre 2016, du Dr M. _____ et les rapports des 11 octobre 2016 et 4 mai 2017 du Dr Y. _____, ces deux médecins étant des spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi que les avis des 19 septembre 2013, 12 janvier 2017 et 7 juin 2017 du Dr Z. _____, médecin du travail auprès du Service médical régional de l'OAI [ci-après : le SMR]).

En parallèle, une procédure de prise en charge par l'assurance-accidents obligatoire a été ouverte par B._____ (ci-après : B._____) et sa partenaire pour les prestations de longue durée, N._____ (ci-après : N._____).

Par décision du 26 octobre 2017, l'OAI a octroyé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité entière limitée dans le temps du 1^{er} mai 2012 au 31 août 2013, puis du 1^{er} avril 2016 au 31 janvier 2017. Cette autorité a considéré que l'intéressé était en complète incapacité de travail dès le 19 mai 2011, mais qu'à partir du 16 mai 2013, il avait retrouvé une pleine capacité de gain dans une activité adaptée. À compter du 15 avril 2016, l'assuré avait néanmoins connu une seconde période d'incapacité de travail totale. Celle-ci avait pris fin dès le 1^{er} novembre 2016, moment à partir duquel l'intéressé disposait à nouveau d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir éviter les longues marches de plus de trois heures en terrain irrégulier sans pause, tout terrain pentu ou glissant, le port de charges de plus de 25 kg, les positions érigées statiques de plus de deux heures et les escaliers réguliers / répétés, ainsi que le travail en hauteur, sur des échelles ou sur des échafaudages. De surcroît, l'assuré était inapte à travailler en présence de Glyoxal, d'Incidin, de chrome et de nickel. L'OAI a retenu qu'après pondération des revenus avec et sans invalidité, avec application d'un abattement supplémentaire de 10 % sur le gain d'invalidité, le taux d'invalidité était inférieur à 40 % lors des périodes où le recourant était totalement capable de travailler dans une activité adaptée, ce qui ne lui ouvrait pas le droit à une rente.

B. Le 2 juin 2019, le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué à l'OAI qu'une nouvelle demande de prestations était en cours auprès de son office, et lui a transmis un rapport d'expertise orthopédique du 16 mars 2019 du Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel avait été mandaté par B._____. Cet expert posait les diagnostics d'état après fracture des première et deuxième phalanges du pouce

gauche (traitée par ostéosynthèse, greffe et arthrodèse interphalangienne temporaire, réalisées le 28 août 2011), d'état après fracture ouverte de la jambe gauche de type Gustilo II (traitée par enclouage centromédullaire et fermeture primaire, également effectuées le 28 août 2011), d'état après fracture sous-capitale des deuxième et quatrième métatarsiens gauches et après fracture du Lisfranc gauche (compliquées de syndrome des loges et ayant nécessité une fasciotomie réalisée le 29 août 2011 et refermée le 4 septembre 2011), d'état après une arthrodèse du Lisfranc gauche 2, 3 et 4 et cure du tunnel tarsien gauche (interventions intervenues le 7 août 2012), ainsi que d'état après ablation de matériel d'ostéosynthèse du tibia et du pied gauches, arthrodèse tarsométatarsienne 1 à gauche et ostéotomie de médialisation du calcaneus gauche (le tout réalisé le 15 avril 2016). De surcroît, cet expert retenait un nouveau diagnostic de suspicion clinique non confirmée de syndrome douloureux complexe (CRPS) au membre inférieur gauche, se référant à un rapport du 29 janvier 2019 du Dr W._____, spécialiste en anesthésiologie, précisant toutefois ne pas pouvoir actuellement valider ce diagnostic. Enfin, il considérait que la capacité de travail était définitivement nulle dans l'activité habituelle d'aide-jardinier. Toutefois, à compter du 1^{er} janvier 2017, elle demeurait entière, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré, à savoir un travail essentiellement en position assise, sans déplacement important à plat (au-delà de 300 m), sans déplacement sur terrain accidenté ou inégal, sans déplacement dans les escaliers, sans nécessité de monter sur des échelles ou des échafaudages, sans transport de charges dépassant quelques kilogrammes (5 à 8 kg, exceptionnellement jusqu'à 10 kg), sans position contraignante (accroupie ou à genoux) et avec la possibilité de conduire une voiture automatique.

Par rapport du 13 novembre 2019, le Dr Y._____ a indiqué avoir consulté le jour même l'assuré pour une décompensation d'une sciatique gauche. Il a mentionné que son patient décompensait progressivement avec des douleurs au niveau de son membre inférieur gauche et que sa situation devenait de plus en plus alarmante sur le plan

social, psychiatrique et d'insertion. Ce médecin a dès lors requis de l'OAI qu'il reconsidère le dossier de l'assuré, respectivement qu'il mette en œuvre une nouvelle expertise.

A teneur d'un avis du 9 mars 2020, la Dre Q._____, médecin auprès du SMR, a souligné que le Dr Y._____ mentionnait une nouvelle atteinte à la santé, soit une sciatique gauche. Elle a exposé qu'en principe, ce type d'atteinte régressait si une prise en charge spécialisée était mise en place, mais qu'une incapacité de travail limitée dans le temps pourrait néanmoins être reconnue. Afin de disposer de tous les éléments médicaux pour pouvoir se prononcer, cette médecin préconisait une entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations.

Le 9 avril 2020, le Dr Y._____ a retransmis à l'OAI son même rapport du 13 novembre 2019. La Dre Q._____, dans son avis SMR du 26 mai 2020, en a conclu qu'à l'heure actuelle, en l'absence de précision sur l'atteinte à la santé ou d'une évaluation de la capacité de travail et compte tenu du fait qu'une sciatique était censée régresser si elle était prise en charge, une aggravation durable n'avait pas été rendue vraisemblable.

Par projet de décision du 3 juin 2020, l'OAI a communiqué à l'assuré entendre lui refuser tout droit à une rente d'invalidité, faute d'atteinte à la santé durablement incapacitante.

Le 9 juin 2020, l'assuré, désormais sous la plume de son conseil, a contesté ledit projet de décision.

Par courrier du 28 août 2020, l'intéressé a fait parvenir à l'OAI un rapport du 11 août 2020 du Prof D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et du Dr K._____, respectivement médecin chef et médecin assistant auprès du Centre V._____. Ceux-ci diagnostiquaient des douleurs du médio-pied gauche avec un status post-ablation du matériel d'ostéosynthèse du pied gauche, du clou tibial gauche, de l'arthrodèse tarsométatarsienne 1 et de

l'ostéotomie de médialisation du calcaneus à gauche, un status post-syndrome des loges avec fasciotomie du pied gauche en 2011, un status post-enclouage centro-médulaire du tibia gauche et ostéosynthèse du Lisfranc gauche en 2011, ainsi qu'un status post-fracture ouverte de la jambe gauche de type Gustillo II et post-fracture du Lisfranc gauche en 2011. Ils proposaient notamment un traitement symptomatique antalgique avec recherche d'un travail adapté en position assise.

Dans un compte rendu de la permanence SMR établi le 2 octobre 2020, la Dre Q. _____ a retenu que le rapport du 31 août 2020 (*recte* : 11 août 2020) du Prof D. _____ n'apportait pas de nouvel élément permettant de modifier sa position. Elle a considéré que ce professeur précisait qu'il fallait trouver une activité adaptée à la position assise, sans néanmoins retenir de réduction de la capacité de travail dans une telle activité. Par ailleurs, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle supplémentaire. Selon elle, la problématique était sociale et ne relevait pas des compétences de l'assurance-invalidité.

Par décision du 13 octobre 2020, l'OAI a refusé tout droit à une rente d'invalidité à l'assuré, considérant que celui-ci ne présentait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante. Dans un courrier du même jour accompagnant la décision et en faisant partie intégrante, cet office a constaté que le rapport médical du 31 août 2020 (*recte* : 11 août 2020) n'apportait pas d'élément sur le plan médical et économique permettant de mettre en doute le bien-fondé du projet de décision du 3 juin 2020, de sorte qu'il devait être confirmé.

C. Par acte du 5 novembre 2020, T. _____, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 13 octobre précédent, concluant principalement à sa réforme, dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité entière à compter du 2 décembre 2019 au plus tard, et subsidiairement à son annulation, avec renvoi du dossier de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction et / ou décision dans le sens des considérants. A titre de mesures d'instruction, il a requis la mise en œuvre

d'une expertise orthopédique, laquelle devrait être couplée à une investigation psychiatrique. En substance, il s'est prévalu d'une incapacité de travail de l'ordre de 50 % dans une activité adaptée, se référant à l'appréciation du Prof D._____, a remis en doute son aptitude résiduelle à exercer une activité lucrative et a fait valoir qu'un abattement de 20 à 25 % devait être appliqué sur son revenu d'invalidé. En sus de la décision sur opposition du 24 octobre 2019 de B._____ (entrée en force) et de la décision du 4 novembre 2019 de N._____ (objet d'une procédure d'opposition pendante), le recourant a produit un rapport du 19 octobre 2020 du Prof D._____ et du Dr K._____. Ceux-ci rappelaient que l'ancienne activité n'était plus envisageable, et estimaient qu'une activité adaptée à l'état de santé du recourant pourrait correspondre à « un travail sédentaire ou interne et léger probablement exerçable à > 50 %, sous réserve d'une évaluation par la Médecine du travail », compte tenu d'une atteinte à l'intégrité d'environ 20 % selon la table II de la SUVA.

Dans un complément à son recours du 9 novembre 2020, le recourant a communiqué un rapport du 7 novembre 2020 du Dr X._____, lequel indiquait que son patient présentait, en sus des atteintes somatiques liées à son accident, des troubles psychologiques, ceux-ci étant progressivement devenus importants. Ce médecin posait les diagnostics d'épisode dépressif moyen, d'anxiété, de crises d'angoisse et d'insomnie, et relevait que le recourant avait été adressé à un psychiatre pour une évaluation, ainsi qu'une proposition de traitement et de suivi appropriés. Il concluait que la capacité de travail était nulle, ceci depuis l'accident du 27 août 2011.

Par réponse du 15 décembre 2020, l'intimé a considéré qu'en l'état du dossier, il ne pouvait suivre le recourant lorsque celui-ci arguait d'une incapacité de travail sur les plans somatique, voire psychique, dans une activité adaptée. Il a également requis que soient produits le dossier complet de N._____, toute précision utile sur le plan psychique et la demande de renseignements du recourant au Prof D._____.

Le 26 février 2021, le recourant a produit son courrier du 28 août 2020 adressé au Prof D._____, par lequel il avait requis une appréciation de sa capacité de travail.

Répliquant le 30 avril 2021, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a allégué que l'appréciation du Prof D._____ était complète, tout en requérant de la Cour de céans - outre la mise en œuvre d'une expertise - que ledit médecin soit interpellé par écrit, voire auditionné au cours d'une audience d'instruction, si les informations fournies devaient être considérées comme étant lacunaires. Le recourant a encore porté au dossier un rapport du 24 mars 2021 du Dr U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel diagnostiquait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel en rémission (CIM-10 [Classification internationale des maladies] F33.4), une modification de personnalité après une expérience de catastrophe, à savoir l'accident du 27 août 2011, (CIM-10 F62.2) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F45.5). Ce psychiatre a indiqué que « la capacité de travail était estimée nulle depuis le 9 décembre 2020 » et que le recourant avait « perdu sa pleine capacité de travail à compter du jour du traumatisme qu'était l'accident de voiture du 27 août 2011 ». Les limitations fonctionnelles correspondaient à une fatigabilité, des troubles de la concentration et de la mémoire, un ralentissement psycho-moteur, une impulsivité et des décompensations dépressives.

Dupliquant le 25 mai 2021, l'intimé a, sur la base d'un avis SMR du 18 mai 2021 de la Dre Q._____, considéré qu'il n'y avait, en l'état du dossier, pas assez d'éléments pour reconnaître une incapacité de travail, partielle ou totale, dans une activité adaptée, pour déterminer le moment d'une éventuelle aggravation somatique ou psychiatrique et pour admettre des limitations fonctionnelles durables.

Par déterminations du 19 juillet 2021, l'intimé a indiqué avoir directement reçu un rapport du 8 juillet 2021 du Dr R._____, médecin praticien, lequel diagnostiquait des cervicobrachialgies droites chroniques, des arthralgies de la cheville gauche, sur une probable arthrose tibio-

astragaliennne, un status après fracture tibia gauche (traitée en 2011) et un status après « OS cheville gauche (2011) », ainsi qu'un status après « OS pouce gauche (2011) ».

Dans ses déterminations du 30 août 2021, le recourant a considéré que les pièces produites justifiaient, à tout le moins, une investigation complémentaire.

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. Est en l'espèce litigieux le droit à une rente d'invalidité du recourant en lien avec sa nouvelle demande de prestations du 2 juin 2019.

3. Il est relevé à titre liminaire que l'intimé a indiqué, dans sa réponse du 15 décembre 2020, avoir par erreur mentionné la date du 31 août 2020 - et non du 11 août 2020 - s'agissant du rapport des Prof D._____ et Dr K._____, ce qu'a admis le recourant dans sa réplique du 30 avril 2021. Le grief implicite de violation du droit d'être entendu, fondé sur l'absence de communication d'une nouvelle pièce

versée au dossier (ATF 146 III 97 consid. 3.4.1 ; 132 V 387 consid. 6.2 et les références citées), tombe dès lors à faux.

4. a) 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 13 octobre 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).

b) 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.

c) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si,

au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

Par ailleurs, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

Il est rappelé qu'en l'espèce, le recourant a bénéficié, par une première décision du 26 octobre 2017 de l'intimé, d'une rente d'invalidité entière pour deux périodes limitées dans le temps, soit entre le 1^{er} mai 2012 et le 31 août 2013, ainsi que du 1^{er} avril 2016 au 31 janvier 2017. Après cette date, tout droit à une rente lui a cependant été nié, sa capacité de travail étant entière dans une activité adaptée et son taux d'invalidité étant inférieur à 40 %.

d) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, tel que cela est en l'occurrence le cas, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la

modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit, soit en l'occurrence la décision du 26 octobre 2017 – et la décision litigieuse – rendue en l'espèce le 13 octobre 2020 – un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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

prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

6. A l'appui de sa nouvelle demande du 2 juin 2019, le recourant se prévaut de nouvelles atteintes somatiques et psychiatriques incapacitantes. Il y a ainsi lieu d'examiner si ces dernières correspondent à un changement important de circonstances propres à influencer le taux d'invalidité depuis la décision du 26 octobre 2017. Dans ce contexte, il est d'ores et déjà admis l'existence d'une incapacité de travail totale et définitive dans l'activité habituelle d'aide-jardinier, ceci à tout le moins depuis l'accident du 27 août 2011, ce que ne contestent pas les parties.

a) En l'occurrence, il sied d'écarter d'emblée les rapports des 13 novembre 2019 du Dr Y. _____ et 8 juillet 2021 du Dr R. _____.

Dans son rapport du 13 novembre 2019, le Dr Y. _____ diagnostique une sciatique gauche, sans toutefois préciser son diagnostic, ni détailler le status sur le plan ostéoarticulaire, ni partager ses examens radiologiques ou ses rapports de consultations spécialisés. De surcroît, il ne fait pas état d'une incapacité de travail ou de limitation fonctionnelle supplémentaire. Ce rapport, lacunaire, est ainsi peu probant. Au contraire, l'appréciation des 9 mars et 26 mai 2020 de la Dre Q. _____, selon laquelle une sciatique correspond à une atteinte non durable, n'est contredite par aucun élément au dossier et est convaincante. Ce constat paraît d'ailleurs être confirmé par l'absence de nouveau rapport produit par le Dr Y. _____, celui-ci ayant pourtant été invité à le faire par l'intimé et ayant retransmis, en date du 9 avril 2020, son rapport initial du 13 novembre 2019. Il n'est dès lors pas apporté la preuve, au stable de la vraisemblance prépondérante, applicable en droit des assurances sociales

(ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 360 consid. 5b), d'une aggravation durable causée par la sciatique gauche.

La même conclusion s'impose s'agissant du rapport du 8 juillet 2021 du Dr R._____. En effet, celui-ci n'objective aucune modification de l'état de santé du recourant survenue pendant la période litigieuse déterminante, soit entre le 26 octobre 2017 et le 13 octobre 2020 (à cet égard, voir ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et 131 V 242 consid. 2.1), et ne se prononce ni sur la capacité de travail, ni sur les limitations fonctionnelles.

b) Sur le plan psychiatrique, il ressort du rapport d'expertise orthopédique du 16 mars 2019 du Dr G._____, lequel respecte les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante (cf. consid. 5b *supra*), des indices d'un possible diagnostic de trouble somatoforme douloureux. En effet, cet expert a relevé qu'au cours de son examen, plusieurs réactions douloureuses (gémissements, sursauts et soupirs) étaient intervenues, souvent en présence de stimuli de très faible intensité, traduisant un tableau d'aggravation certain, bien qu'un substrat organique, au niveau de la cheville et du pied gauches, ne puisse être nié. Selon lui, une partie de non-organicité était certainement présente dans le tableau complexe du recourant. Il a conclu de ces circonstances que l'aggravation pouvait et devait être réelle, et ajouté que l'examen clinique pouvait être résumé avec des signes indubitables et étendus de majoration, avec une connotation somatoforme et de non-organicité, ce qui n'excluait toutefois nullement la présence d'une pathologie sous-jacente réelle, résumée en difficulté d'adaptabilité et de fonction, dans un cadre douloureux, dont la subjectivité interdisait l'estimation quantitative. Compte tenu de ce qui précède, ledit rapport d'expertise, lequel n'a apparemment pas été soumis au SMR, aurait pourtant justifié un examen clinique par ce service, ceci dès sa communication en date du 2 juin 2019 à l'intimé, voire la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

La nécessité d'un complément d'instruction est encore confirmée par les derniers rapports établis par les médecins traitants. En effet, dans son rapport du 13 novembre 2019, le Dr Y._____ a

mentionné que la situation devenait de plus en plus alarmante sur le plan psychiatrique. De même, le Dr X. _____ a indiqué, aux termes de son rapport du 7 novembre 2020, que le recourant présentait, depuis l'accident du 27 août 2011, des troubles psychologiques, en sus de ses atteintes somatiques, ce qui permettait de retenir une capacité de travail nulle à compter de cet événement. Plus important, à teneur de son rapport du 24 mars 2021, le Dr U. _____ a diagnostiqué, entre autres, un trouble douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F45.5) et une modification de personnalité après l'accident du 27 août 2011, considéré comme une expérience de catastrophe (CIM-10 F62.2). Dans ce contexte, il est relevé une incohérence dans ledit rapport, le psychiatre traitant faisant remonter à la fois l'incapacité de travail complète du recourant à la date _____ du _____ 9 décembre _____ 2020 - soit au moment de sa prise en charge psychiatrique - et à celle du jour de l'accident du 27 août 2011. Contrairement à ce que soutient l'intimé, un début de suivi postérieur à la décision litigieuse ne permet pas de présumer *ipso facto* que la survenance de la nouvelle atteinte psychiatrique l'est également. La possibilité inverse ne saurait d'ailleurs être écartée en l'espèce, au vu des rapports susmentionnés (sur la question de rapports rendus postérieurement à la décision litigieuse, mais devant être pris en compte par la Cour de céans, voir notamment ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1). Il appartiendra toutefois à l'autorité intimée, et non à la Cour de céans, d'élucider cette question, tel que cela sera développé ci-dessous (cf. consid. 7 *infra*).

Il découle de ce qui précède que l'instruction menée par l'intimé est insuffisante et doit être complétée s'agissant du volet psychiatrique.

c) Ce complément d'instruction devra également porter sur le plan somatique.

aa) Tout d'abord et comme susdit (cf. consid. 6b *supra*), les Drs G. _____ et U. _____ mentionnent un trouble somatoforme

douloureux, le Dr G._____ soulignant en particulier la composante de non-organicité et la présence d'un substrat organique ne pouvant être niée.

bb) S'agissant ensuite des rapports des 11 août et 29 octobre 2020 des Prof D._____ et Dr K._____, il est précisé que ceux-ci ont évoqué des circonstances, dont il y a lieu de ne pas tenir compte, car ne relevant pas de l'assurance-invalidité, à savoir le fait pour le recourant de ne pas être détenteur d'un certificat fédéral de capacité (CFC), de connaître actuellement des difficultés pour trouver un emploi et d'éventuelles difficultés d'adaptation de travail, ainsi que d'avoir un fils aux études et une épouse sans formation, ni travail.

Concernant l'aspect strictement médical, ces praticiens n'ont fait état d'aucune nouvelle atteinte en comparaison à l'état de fait déterminant retenu au moment de la décision du 26 octobre 2017. En effet, les douleurs du médio-pied gauche mentionnées étaient déjà connues à l'époque, tout comme les autres diagnostics posés dans le rapport du 11 août 2019. Si ces médecins ont indiqué que le recourant présentait une gêne persistante à la mobilisation en charge totale en regard du médio-pied gauche, ils ne l'ont cependant pas qualifiée de péjoration de l'état de santé.

En revanche, contrairement à ce qu'allègue l'intimé, ces médecins ont constaté une nouvelle limitation fonctionnelle, en ce sens que l'activité adaptée devrait être effectuée en position assise. Cet élément est confirmé par le Dr G._____, dans son rapport d'expertise du 16 mars 2019, lequel a également mentionné cette nouvelle restriction fonctionnelle, ainsi que plusieurs autres, à savoir le fait pour le recourant de devoir éviter les déplacements importants à plat (au-delà de 300 m) et le transport de charges dépassant 5 à 8 kg (et exceptionnellement 10 kg), ainsi que d'avoir la possibilité de conduire une voiture automatique.

S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, les Prof D._____ et Dr K._____ se sont distanciés de l'appréciation du

Dr G._____, laquelle remonte au mois de mars 2019. Ils ont en effet estimé que le recourant était capable de travailler à un taux inférieur à 50 % dans une activité adaptée. Ils n'ont cependant pas indiqué la date du début de cette incapacité partielle, mais se sont référés à l'appréciation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité pour évaluer la capacité de gain, soit à une notion propre à l'assurance-accidents. Or, le Dr G._____, mandaté en l'occurrence par l'assureur-accidents, a considéré, s'agissant d'atteintes somatiques similaires à celles retenues par les Prof D._____, et Dr K._____, qu'il existait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter du 1^{er} janvier 2017. Il existe ainsi des discordances entre les rapports du Dr G._____, d'une part, et des Prof D._____, et Dr K._____, d'autre part.

cc) Ces différents éléments justifient ainsi d'étendre l'instruction au volet somatique également, notamment sur les questions de la capacité de travail résiduelle et des limitations fonctionnelles du recourant.

7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire - ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué - et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de

renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il appartiendra dès lors à l'autorité intimée de compléter l'instruction sur les volets somatique et psychiatrique, en particulier par l'apport du dossier médical de N. _____ et d'un rapport circonstancié du Dr U. _____, cas échéant par la mise en œuvre d'une expertise.

Il découle également de ce qui précède que les mesures d'instruction requises auprès de la Cour de céans, tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, à la production du dossier de l'assureur-accidents ou à l'interpellation écrite, respectivement l'audition du Prof D. _____, sont rejetées.

8. Au vu du sort du litige, il n'y a pas lieu d'examiner les griefs soulevés par le recourant relatifs à son aptitude résiduelle à exercer une activité lucrative et à l'application d'un abattement supplémentaire sur son revenu d'invalidé.

9. **a)** En définitive, le recours interjeté par T. _____ est admis. La décision du 13 octobre 2020 de l'intimé doit dès lors être annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

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

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 13 octobre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

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

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à T. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour T. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :