

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 octobre 2023

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
M. Bonard et Mme Pelletier, assesseurs
Greffière : Mme Berseth

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourant, représenté par Me Elio Lopes, à Fribourg,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant italien d'origine [...] né en [...], est arrivé en Suisse en mai 2019 et a été mis au bénéfice d'une autorisation de séjour (permis B).

Engagé en qualité de maçon par l'entreprise [...] dès le 14 octobre 2019, l'assuré a été victime d'un accident le 26 novembre 2019, à la suite duquel il a présenté une incapacité totale de travail. L'accident a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA), assureur-accidents de l'employeur.

Le 10 décembre 2019, l'assuré s'est soumis à un examen par radiographie de la colonne lombaire, qui a mis en évidence une discopathie dégénérative L4-L5 modérée et L5-S1 plus sévère, associée à une arthrose postérieure lombaire basse et une probable anomalie transitionnelle lombo-sacrée.

Une IRM lombo-sacrée du 27 janvier 2020 a permis de diagnostiquer une discopathie protrusive en L4-L5 avec fissuration postérieure de l'anneau fibreux, potentiellement irritative sur l'émergence de la racine L5 droite, une discopathie dégénérative et discrètement protrusive en L5-S1 sans signe de compensation ou d'irritation radiculaire, et une anomalie transitionnelle lombo-sacrée avec kystes et Tarlov en S3.

Dans un rapport du 19 février 2020, le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu que les douleurs dorsales ressenties par l'assuré n'étaient pas dues à une lésion structurelle causée par un accident, que la chronicisation des douleurs après une contusion dorsale devait être considérée comme un tableau clinique à part entière largement détaché de la blessure et qu'il n'était dès lors pas possible d'établir un lien de causalité entre une contusion et des douleurs persistant sur une période dépassant deux à trois mois.

Par décision du 10 mars 2020, la CNA a mis fin à ses prestations avec effet au 26 février 2020, estimant que les troubles qui subsistaient au-delà du 25 février 2020 n'étaient plus dus à l'accident et que l'assuré avait retrouvé, dès cette date-là, l'état de santé qui aurait été le sien sans l'accident.

Face à la persistance des douleurs, l'assuré a consulté le Dr M._____, médecin adjoint au Service d'orthopédie-traumatologie au [...], qui a posé les diagnostics de discopathies débutantes avec petite protrusion discale en L4-L5 et L5-S1, sans conflit radiculaire. Le Dr M._____ a exclu toute inflammation discale ou au niveau des articulaires postérieures susceptible de guider un geste infiltratif. Prenant note des plaintes de l'assuré, le Dr M._____ a relevé que les deux infiltrations pratiquées étaient restées sans effet et que les antalgiques *per os* n'apportaient que peu de soulagement. Il a préconisé une rééducation et le réglage d'une dysbalance musculaire (cf. rapports des 1^{er} et 12 mai 2020).

Le 2 juillet 2020, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), au motif qu'il souffrait de problèmes au dos et à la colonne vertébrale.

Procédant à l'instruction de la demande, l'OAI s'est procuré le dossier de la CNA et a interpellé le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, qui a attesté une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle de maçon, et de 50% à 80% dans une activité adaptée, dès août 2020, en raison de lombalgies droites avec sciatalgies. Au titre des restrictions fonctionnelles, le Dr N._____ a considéré que les douleurs limitaient la distance de marche de l'assuré, qui devait également éviter de s'agenouiller, ramper, s'accroupir, travailler le dos courbé et effectuer des mouvements de torsion ou flexion du tronc (cf. rapport du 14 septembre 2020).

Dans un rapport du 21 janvier 2021, le Dr M. _____ a indiqué que le traitement avait pris fin le 22 septembre 2020, que l'examen clinique était dans la norme, que l'assuré était en proie à des douleurs lombaires chroniques prises en charge par la médecine de la douleur et qu'il devait éviter les activités uniquement en position assise, en position debout, accroupi et à genou, ainsi que le soulèvement et le port de charges excédent 10 kg.

A teneur d'une note du 10 mars 2021 au dossier de l'OAI, le cas de l'assuré a été soumis à la permanence du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) qui a répondu « OUI », sans plus de motivation, à la question de savoir si les conclusions de la CNA pouvaient être suivies, en ce sens que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dès le 26 février 2020.

Par projet de décision du 7 mai 2021, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations, au motif que l'examen du dossier permettait de se rallier à la position de la CNA, selon laquelle l'incapacité de travail n'avait prévalu que jusqu'au 25 février 2020, soit moins d'une année.

Le 4 juin 2021, l'assuré, dorénavant représenté par Me Elio Lopes, a fait part de ses objections au projet de décision du 7 mai 2021, arguant du fait qu'il était erroné de soutenir que la CNA avait conclu à une absence d'incapacité de travail à partir du 26 février 2020, puisque l'assureur-accidents n'avait fait que constater que les troubles persistant au-delà du 25 février 2020 n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident. A l'appui de sa contestation, l'assuré a produit un questionnaire établi par son avocat à l'attention du Dr N. _____ le 4 juin 2021, auquel le médecin traitant avait répondu que son patient souffrait de discopathie L4-L5 et L5-S1, de douleurs lombaires fluctuantes, de douleurs latérovértébrales droites, de fessalgie droite et d'une limitation en flexion et inclinaison latérale droite et gauche, ces atteintes limitant sa capacité de travail à 4 heures par jour dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, avec un rendement entier.

A teneur d'un compte rendu de la permanence juridique du 17 août 2021 au dossier de l'OAI, il ressort que le juriste de l'office a estimé que le projet de décision était mal motivé et que le dossier devait être soumis au SMR pour un examen approfondi sur la question de savoir si l'incapacité de travail attestée pouvait être admise sous l'angle d'une maladie.

Le 20 septembre 2021, l'assuré a produit un questionnaire du 30 août 2021 complété par le Dr M._____, qui attestait de douleurs lombaires limitant la capacité à rester assis et debout, ainsi qu'à marcher. Le Dr M._____ a indiqué que le taux d'activité exigible était difficile à évaluer, que le patient se disait très algique et que son rendement était possiblement réduit de 50%. L'assuré a sollicité l'octroi d'un délai complémentaire pour produire un rapport de son psychiatre, selon lequel il présentait des troubles psychiques portant atteinte à sa capacité de travail.

Par décision du 27 septembre 2021, l'OAI a confirmé son refus d'allouer une rente d'invalidité et des mesures professionnelles au motif que, comme retenu par la CNA, l'assuré avait subi une incapacité de travail durant moins d'un an. Dans un courrier d'accompagnement, l'OAI a indiqué à l'assuré que le dernier rapport du Dr M._____, qui n'avait été consulté qu'à deux reprises en mai 2020, ne contenait aucun élément nouveau et qu'il n'était pas justifié d'accorder la prolongation de délai requise, l'assuré ayant déjà bénéficié de deux reports de délais. Le dossier ayant fait l'objet d'un examen complet par le SMR, il convenait de confirmer le projet de décision du 7 mai 2021.

B. Par acte du 27 octobre 2021, X._____, toujours par l'entremise de son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision du 27 septembre 2021, dont il a conclu, principalement, à la réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2021, et, subsidiairement, à l'annulation suivie du renvoi de la cause à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (orthopédique,

neurologique, rhumatologique et psychiatrique). A l'appui de sa contestation, le recourant a en substance remis en cause la valeur probante des avis du SMR et a fait valoir que c'était à tort que l'OAI se fondait sur les conclusions de la CNA pour refuser l'octroi d'une rente d'invalidité, puisque la CNA n'avait fait que constater l'absence de lien de causalité entre les troubles persistant au-delà du 25 février 2020 et l'accident du 26 novembre 2019. Contrairement à ce que soutenait l'intimé, la CNA n'avait en revanche pas constaté que le recourant ne présentait plus de troubles portant atteinte à sa capacité de travail au-delà de cette date. Le recourant a plus particulièrement fait grief à l'intimé de ne pas avoir soumis le dossier au SMR pour déterminer s'il subsistait des troubles maladifs diminuant sa capacité de travail, comme requis par le service juridique, et de ne pas avoir pris en compte les atteintes à sa santé psychique. Selon le recourant, ses troubles lombaires et psychiques continuaient d'engendrer au-delà du 25 février 2020 une incapacité de travail de 100% dans l'exercice de toute activité, lui donnant droit à une rente d'invalidité. A tout le moins, l'OAI aurait-il dû considérer que les rapports des Drs N._____ et M._____ suffisaient à faire naître de sérieux doutes quant à la fiabilité et la pertinence de l'avis du SMR et mettre en œuvre une expertise. Le recourant a précisé à cet égard qu'il avait consulté le Dr M._____ en mai 2020, comme retenu par l'intimé, mais également en septembre 2020 et en août 2021. A titre de mesure d'instruction complémentaire, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Le 10 novembre 2021, le recourant a produit un rapport du 4 novembre 2021 du Dr Q._____, psychiatre traitant, attestant une incapacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Le Dr Q._____ précisait que son patient, suivi à raison d'une consultation par quinzaine dès le 1^{er} octobre 2021, souffrait d'un trouble dépressif persistant, à considérer comme le *continuum* d'une dépression réactionnelle aux suites de l'accident.

Dans une réponse du 14 décembre 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise, estimant que

selon l'avis du SMR du 9 décembre 2021, les atteintes à la santé présentées par l'assuré n'avaient pas occasionné d'incapacité de travail durable, y compris dans son activité habituelle, et que même à admettre la survenance d'un éventuel trouble dépressif, celui-ci serait postérieur à la décision litigieuse et ne pourrait pas être pris en compte dans le cadre du présent litige.

Par réplique du 28 mars 2022, le recourant a produit un rapport du Dr Q._____ du 14 janvier 2022 et un rapport du Dr N._____ du 18 février 2022. Maintenant ses conclusions, il a notamment fait valoir que, tel que cela ressortait du rapport du Dr Q._____ précité, la symptomatologie psychiatrique s'était installée progressivement depuis l'accident du 26 novembre 2019 et n'était pas apparue en l'espace des quatre jours qui séparaient le 27 septembre 2021, date de la décision de l'OAI, et la première consultation du 1^{er} octobre 2021.

Par duplique du 27 avril 2022, se fondant sur un avis du 20 avril 2022 du Dr R._____, médecin auprès du SMR, l'OAI a admis que l'assuré n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle de maçon et que la pleine exigibilité retenue à l'époque de la décision litigieuse s'entendait dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. L'intimé a en outre estimé que, même à admettre l'apparition d'une dysthymie dans les suites de l'accident, une éventuelle incapacité de travail pour des motifs psychiques serait postérieure à la décision attaquée. Le 9 mai 2022, l'OAI a produit le rapport de son service de réadaptation, dont il ressortait que, dans l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, le recourant subissait un préjudice économique de 4,31%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Le 17 août 2022, le recourant a produit un rapport du Dr Q._____ répondant aux questions de son conseil du 5 juillet 2022, selon lequel les éléments cliniques figurant au dossier permettaient de conclure qu'il existait, avant la décision du 27 septembre 2021, des symptômes du trouble dépressif persistant, tels qu'un fléchissement thymique, une

psycho-asthénie, une distorsion cognitive dépressive, des idées de culpabilité, une perte identitaire, des troubles du sommeil et de la concentration ainsi que des ruminations.

Par détermination du 7 septembre 2022, accompagnée d'un avis du SMR du 29 août 2022, l'OAI a maintenu ses conclusions, estimant que les réponses fournies par le Dr Q._____ aux questions du recourant ne permettaient pas de retenir qu'une atteinte psychique incapacitante existait au moment où la décision du 27 septembre 2021 a été rendue.

Par écritures des 3 novembre et 7 décembre 2022, le recourant a transmis un rapport du Dr Q._____ et un rapport du 30 novembre 2022 du Dr K._____, spécialiste en neurochirurgie.

Par détermination du 21 décembre 2022, l'OAI, se fondant sur un avis du SMR du 15 décembre 2023, a admis que les éléments constituant son dossier étaient peu étayés et non-concordants, de sorte que la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire avec volets psychiatrique et orthopédique (ou rhumatologique ou physiatrique) s'imposait.

Par écriture du 31 janvier 2023, le recourant a fait valoir que le complément d'instruction nécessaire devait être assumé par l'intimé, à qui le dossier devait être renvoyé pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrie, neurochirurgie, chirurgie orthopédique, physiatry et médecine interne).

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. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3), le droit applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date. Tel est en l'occurrence le cas, puisque la décision litigieuse a été rendue le 27 septembre 2021.

2. Est litigieux en l'espèce le droit du recourant à une rente d'invalidité ensuite de sa demande du 3 juillet 2020.

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.

Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 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).

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

4. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance

prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise

judiciaire ou une expertise mise en oeuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5).

4. Dans le cas d'espèce, l'intimé a fondé son refus de prestations sur le fait que le recourant a présenté une incapacité de travail du 26 novembre 2019 au 25 février 2020 et que cette période, qui couvre moins d'une année, ne suffit pas à ouvrir le droit à une rente (cf. art. 28 al. 1 LAI). L'office a en particulier estimé qu'il pouvait se rallier aux conclusions de la CNA selon lesquelles le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail au plan somatique dès le 26 février 2020 et que d'éventuels troubles psychiques n'avaient quoi qu'il en soit pas porté atteinte à la capacité de travail antérieurement à la décision du 27 septembre 2021.

A titre préliminaire, on rappellera que dans le cadre de l'instruction des demandes qui lui sont soumises, il appartient à l'OAI de déterminer, avec l'appui du SMR, si l'état de santé de l'assuré pris dans sa globalité induit une incapacité de travail qui réduit la capacité de gain dans une mesure propre à ouvrir un droit aux prestations de l'assurance-invalidité. En l'occurrence, l'intimé s'est essentiellement fondé sur les éléments médicaux rassemblés par la CNA, renonçant pour ainsi dire à toute mesure d'instruction propre. Ce procédé n'est pas critiquable en soi, dans la mesure où seul importe le fait que l'OAI dispose d'un dossier suffisamment complet pour statuer en pleine connaissance de cause sur le droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Il convient cependant de garder à l'esprit que si l'assurance-accidents ne couvre que les atteintes à la santé en lien de causalité avec un événement traumatique, l'assurance-invalidité prend en compte l'état de santé de l'assuré dans sa globalité, y compris les troubles d'origine purement dégénérative. De ce fait, il peut arriver que les résultats d'une instruction de la CNA qui ne prêtent pas flanc à la critique à son niveau ne suffisent pas à constituer un dossier complet au plan de l'assurance-invalidité, et c'est le constat auquel parvient la Cour de céans dans le présent cas.

Au moment de rendre son projet de décision du 7 mai 2021, l'intimé ne disposait que du compte rendu de la permanence du SMR du 10 mars 2021, selon lequel le Dr R._____ avait répondu par un simple « OUI » dénué de toute motivation à la question de savoir si l'OAI pouvait suivre la position de la CNA et retenir une incapacité de travail inférieure à un an. Or c'est à tort que l'intimé a retenu que la CNA avait établi une pleine capacité de travail dès le 26 février 2020. Il ressort en effet de l'avis du médecin d'arrondissement du 19 février 2020 et de la décision de la CNA du 10 mars 2020 que l'assureur-accidents s'est limité à constater que le recourant avait retrouvé le 25 février 2020 l'état de santé qui aurait été le sien sans l'accident et que les atteintes à la santé subsistant au-delà de cette date ne se trouvaient plus dans un rapport de causalité avec l'accident du 26 novembre 2019. Si ce constat légitimait de mettre fin aux prestations de l'assureur-accidents, il ne suffisait pas à fonder une décision de déni du droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

Le tribunal constate que l'intimé a statué sans prendre en compte l'intégralité des éléments dont il avait connaissance. Au plan somatique, il a retenu du rapport du 21 janvier 2021 du Dr M._____ uniquement le fait que le médecin évoquait un examen clinique dans la norme et la fin du traitement le 22 septembre 2020. Or, il en ressortait également que l'assuré présentait toujours des limitations fonctionnelles relativement significatives induites par des douleurs persistantes, qui nécessitaient une prise en charge par la médecine de la douleur. Au plan psychique, l'assuré avait informé l'intimé le 20 septembre 2021 qu'il était suivi par un psychiatre et avait sollicité un délai pour produire un rapport médical. L'intimé a ignoré ces différents éléments et il a rendu dans la précipitation une décision de refus le 27 septembre 2021. Le service juridique de l'intimé avait pourtant estimé le 17 août 2021 que le projet de décision du 7 mai 2021 était mal motivé et avait préconisé de soumettre le dossier au SMR pour un examen approfondi de l'état de santé du recourant, afin de déterminer s'il subsistait un état malade du ressort de l'assurance-invalidité. L'intimé n'en a toutefois rien fait.

Au vu des éléments en sa possession à l'automne 2021, il appartenait à l'intimé de surseoir à statuer et de poursuivre l'instruction, en prenant en compte la situation de santé du recourant dans sa globalité, aux plans somatique et psychique. L'intimé ayant failli à son obligation d'instruire, ce sont les démarches entreprises par le recourant qui ont permis de compléter son propre dossier, jusqu'à enfin convaincre le SMR de la nécessité de reprendre l'instruction dans le cadre de la procédure de recours. Ainsi et notamment, au plan somatique, le recourant a produit un rapport du 30 novembre 2022 du Dr K. _____ dont il ressort qu'une IRM lombaire du 6 avril 2022 a mis en évidence des altérations statiques avec une double discopathie L4-L5 et L5-S1 déjà présente à l'examen du 27 janvier 2020, que les limitations fonctionnelles présentées par le recourant sont clairement dues à la hernie discale L4-L5 responsable d'un tableau algique et radiculaire objectivé par imagerie et que même dans une activité sédentaire, l'importance du tableau algique lombaire avec des signes de dégénérescence discale avancés induit une sérieuse limitation de la capacité de travail. Au plan psychique, le Dr Q. _____ a attesté un trouble dépressif persistant, à considérer comme un *continuum* d'une dépression réactionnelle aux suites de l'accident et précisé que son patient présente une symptomatologie psychiatrique antérieure à septembre 2021, qui s'est installée progressivement depuis novembre 2019, avec un fléchissement thymique, une psycho-asthénie, une distorsion cognitive dépressive, des idées de culpabilités, une perte identitaire, des troubles du sommeil et de la concentration, ainsi que des ruminations (cf. rapports du Dr Q. _____ des 4 novembre 2021, 14 janvier 2022 et 17 août 2022). S'agissant en particulier du contexte prévalant au plan psychique, l'intimé n'était pas fondé à retenir que les troubles étaient postérieurs à sa décision du 27 septembre 2021 au seul motif que la première consultation avait eu lieu le 1^{er} octobre 2021. Comme le souligne à juste titre le psychiatre traitant, il est pleinement plausible que des troubles conduisant à une première consultation le 1^{er} octobre 2021 existaient antérieurement à la décision du 27 septembre 2021. L'intimé ne pouvait en tous les cas purement et simplement ignorer les troubles psychiques annoncés sans plus ample instruction.

6. Il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en toute connaissance de cause sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité ensuite de sa demande du 2 juillet 2020, singulièrement sur sa capacité de travail et de gain pour la période courant au-delà du 25 février 2021. Ni l'état de santé de l'intéressé dans sa globalité, ni les conséquences de cet état de santé sur la capacité de travail résiduelle n'ont été établies de manière probante. L'intimé n'en disconvient d'ailleurs pas puisque finalement, à l'issue d'un long échange d'écritures, il a proposé la mise en œuvre d'une expertise, au motif que les éléments constituant son dossier étaient peu étayés et non-concordants, dans un contexte d'éventuelle aggravation. Dès lors qu'il incombe en premier lieu à l'administration d'instruire les demandes qui lui sont soumises, il appartient toutefois à l'intimé lui-même de mettre en œuvre le complément d'instruction nécessaire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Le dossier doit donc lui être renvoyé à cette fin.

Il appartiendra à l'intimé de compléter l'instruction du dossier par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, comprenant au moins des volets orthopédique et psychiatrique, les experts étant libres de s'adjoindre les compétences d'experts relevant d'autres spécialités.

7. **a)** Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis, et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et 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 600 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). Les dépens alloués à la partie qui obtient gain de cause comprennent les frais d'avocat ou d'autres représentants professionnels et les autres frais indispensables occasionnés par le litige (art. 10 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). A teneur de l'art. 11 TFJDA, les frais d'avocat ou d'autres représentants professionnels comprennent une participation aux honoraires et les débours indispensables (al. 1). Les honoraires sont fixés d'après l'importance de la cause, ses difficultés et l'ampleur du travail effectué (al. 2, première phrase). Les débours sont fixés forfaitairement, sauf circonstances exceptionnelles, à 5% de la participation aux honoraires, hors taxe (al. 3).

Me Elio Lopes a transmis sa liste des opérations du 7 décembre 2022 pour un montant total de 7'682 fr. 20, débours et TVA compris. Après examen, il sied de constater que les 24,27 heures consacrées à l'affaire dépassent le temps nécessaire au traitement d'une telle affaire, compte tenu de sa nature et de sa complexité. Tombent notamment sous ce constat les quinze heures consacrées à la rédaction de l'acte de recours et de cinq déterminations ultérieures, lesquelles, outre le fait qu'elles accompagnaient de nouveaux rapports médicaux, reprenaient pour l'essentiel l'argumentation déjà développée. Au vu de l'ensemble de la situation, il convient d'arrêter l'indemnité due au recourant à 3'500 fr., débours et TVA compris, étant rappelé que les dépens constituent une participation aux frais de défense de la partie à laquelle ils sont alloués. Le montant précité prend en compte manière adéquate la complexité du litige et notamment le surcroît de travail induit par l'importance de l'échange d'écritures intervenu avant que l'intimée ne se rallie aux conclusions du recourant tendant au complément d'instruction.

**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 27 septembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée audit office pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
- III. Les frais de justice, par 600 fr. (six cents francs), sont mis à 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 X. _____ le montant de 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs) à titre de dépens, débours et TVA compris.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Elio Lopes (pour le recourant), à Fribourg,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :