

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 janvier 2023

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourant, représenté par Me Benoît Sansonnens, avocat
à Fribourg,

et

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

Art. 6 ss et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. G._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1978, de nationalité [...], est arrivé en Suisse en 1993 dans le cadre d'un regroupement familial. Au bénéfice d'un permis C, il a effectué une formation élémentaire de tôlier-carrossier.

a) Le 25 juillet 2008, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison des suites, d'une part, d'une opération du pied après un accident survenu le 1^{er} avril 2002 et, d'autre part, d'une opération à la main droite, trois doigts de cette main ayant été coupés lors d'un accident qui a eu lieu le 5 février 2007. Il travaillait alors comme machiniste auprès de l'entreprise U._____ SA.

Par décision du 26 février 2009 confirmant un projet du 15 décembre 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

b) Le 16 mai 2013, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations, en invoquant des lésions séquellaires de dégantage des pulpes des 3^e, 4^e et 5^e doigts droits.

Sa demande a été rejetée par décision de l'OAI du 23 décembre 2013 confirmant un projet du 12 novembre 2013.

c) Le 2 septembre 2015, l'assuré a déposé une troisième de prestations, en précisant qu'il n'avait plus de sensibilité aux trois doigts qui ne bougeaient plus.

Le 1^{er} février 2016, l'assuré a subi une opération d'amputation des phalanges distales des doigts 3 et 4 de la main droite, réalisée par le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique ainsi qu'en chirurgie de la main (cf. protocole d'opération du 1^{er} février 2016 et rapport du Dr Z._____ du 11 mai 2016).

Dans un rapport du 29 juin 2016, le Dr Q._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a notamment mentionné que son patient avait subi une fracture de la malléole interne postérieure le 28 février 2016.

L'assuré a séjourné à la Clinique T._____. ([...]) du 26 juillet au 30 août 2016. Dans le rapport établi le 8 septembre 2016 à l'issue du séjour, les médecins n'ont retenu aucun diagnostic psychopathologique, précisant que le patient avait tendance à la catastrophisation et qu'un traitement de Réméron avait été introduit en raison de ruminations anxieuses, de troubles de la mémoire, de troubles de la concentration et de troubles du sommeil. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes ont été posées : toute activité nécessitant des prises en force avec la main droite ou de la dextérité pour ce qui concerne la main droite et concernant la cheville droite, toute activité nécessitant des marches prolongées, la montée d'escaliers ou d'échelles ou des ports répétés de charges supérieures à 20 kg.

L'assuré a effectué un second séjour auprès de la Clinique T._____ du 7 au 28 juin 2017. Toujours aucune psychopathologie n'était retenue et le traitement de Réméron n'était plus prescrit. La situation médicale n'était pas stabilisée, tant du point de vue médical que des aptitudes fonctionnelles, dans la mesure où le patient devait subir encore d'autres opérations. Il marchait avec deux cannes et l'évolution était peu favorable au niveau de la cheville avec l'apparition d'une nécrose (cf. rapport du 11 août 2017).

Une nouvelle intervention a été réalisée le 14 août 2017 par le Dr Z._____, consistant en des corrections des moignons par lipofilling D3 et D4 et ténotomie-ténolyse des fléchisseurs profonds D3 à droite.

Dans un rapport d'examen final du 6 décembre 2017, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) qui a pris en charge le cas de l'assuré, a mentionné que

la situation médicale était stabilisée tant au niveau des mains que de la cheville. Il a retenu une capacité de travail totale dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes en lien avec la cheville droite : éviter la marche en terrains irréguliers, les marches prolongées, la montée ou descente répétée d'échelles, d'escaliers et d'échafaudages ainsi que les travaux accroupis ou à genoux. Les limitations fonctionnelles en lien avec la main droite étaient les mêmes que celles posées précédemment par les médecins de la Clinique T._____, soit toute activité nécessitant des prises en force avec la main droite ou de la dextérité avec cette main.

Aux termes d'un rapport du 17 janvier 2018, le Dr B._____ du Service médical régional de l'AI (SMR) a considéré que les appréciations objectives de la Clinique T._____, du Dr Z._____ et du Dr P._____ permettaient de retenir qu'une activité professionnelle respectueuse des limitations fonctionnelles restrictives posées était pleinement exigible de la part de l'assuré. Ces limitations fonctionnelles étaient en particulier les suivantes : le port de lourdes charges, l'utilisation d'outils lourds (masse, marteau), les travaux engendrant des à-coups ou des vibrations, les travaux dans un environnement très froid ou chaud, l'utilisation d'échafaudages ou d'échelles en raison du manque de force dans la main droite, la marche en terrains irréguliers, la marche prolongée, la montée et la descente régulière d'échelles et d'escaliers, les travaux accroupis ou à genoux.

Dans un projet de décision du 25 juillet 2018, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1^{er} février 2017 (douze mois après le début de l'atteinte) au 31 mars 2018 (trois mois après l'amélioration constatée).

L'assuré a contesté le projet précité le 1^{er} mars 2019. Dans le cadre de cette contestation, il a notamment produit un rapport du 6 février 2019 du Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, aux termes duquel ce médecin a retenu le diagnostic d'algoneurodystrophie (ou syndrome douloureux

régional complexe [SDRC]) après ablation du matériel d'ostéosynthèse à la suite d'une fracture complexe de la cheville droite. Cette algoneurodystrophie était mise en évidence à l'examen clinique avec une allodynie très importante empêchant cet examen. La coloration des téguments parlait en outre en faveur d'une dysautonomie. Un rapport du 22 février 2019 du Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a également été joint à la contestation. Ce médecin a constaté une ostéonécrose du tibia distal droit et une atteinte du nerf fémoro-cutané gauche (méralgie paresthésique).

Dans un avis SMR du 10 avril 2019, le Dr B._____ a conclu que l'assuré avait été sans conteste victime d'une fracture complexe de la cheville droite, mais que celle-ci avait été traitée *lege artis* avec une consolidation des fractures en position physiologique sans arthrose secondaire en dépit d'une petite zone de nécrose du tibia distal. Les douleurs persistantes n'avaient pas de cause ostéoarticulaire liée directement aux fractures et la suspicion de SDRC n'était pas attestée. Quant à la méralgie paresthésique gauche, il s'agissait de l'atteinte d'un nerf purement sensitif, inconfortable mais sans conséquences fonctionnelles. Ainsi, les conclusions du Dr P._____ et celles du rapport d'examen SMR du 17 janvier 2018 qui s'y ralliaient, n'avaient pas lieu d'être modifiées sur la base des documents médicaux nouvellement produits.

L'OAI a répondu dans ce sens au recourant par courrier du 1^{er} juillet 2019.

Par décision du 26 août 2019 confirmant le projet du 25 juillet 2018, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente limitée dans le temps, soit du 1^{er} février 2017 au 31 mars 2018.

d) Le 27 mai 2020, l'assuré a déposé une quatrième demande de prestations. A l'appui de cette demande, il a fourni un rapport du 31 mars 2020 du Dr D._____, dans lequel celui-ci a notamment posé le diagnostic de status post curetage et greffe du tibia distal droit le 30

janvier 2020. Cet élément médical étant nouveau, l'OAI est entré en matière sur la demande de prestations de l'assuré et a recueilli divers documents médicaux, dont un rapport du 10 juillet 2020 du Dr D._____, précisant que la capacité de travail de son patient était nulle dans toute activité et qu'il l'avait adressé au Centre hospitalier L._____. ([...]) pour discuter d'une éventuelle amputation de la jambe droite.

L'assuré a également effectué une IRM [imagerie par résonance magnétique] cervicale le 14 avril 2020, montrant une moelle libre avec une uncarthrose et une réduction du foramen C6 gauche sans compression.

Dans un avis SMR du 17 août 2020, la Dre F._____ a préconisé la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique permettant de valider ou non les atteintes, d'évaluer la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans une activité adaptée et son évolution depuis 2016.

L'expertise en question a été confiée à S._____ SA (ci-après : [...]) et plus particulièrement aux Drs V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et H._____, spécialiste en rhumatologie. Aux termes de leur rapport consensuel du 19 mars 2021, les experts ont retenu en particulier ce qui suit (sic) :

« 4.2 Diagnostic d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

- Névralgie cervico-brachiale sur uncarthrose (M53.1)
- Algodystrophie du membre inférieur droit, après fracture de la cheville droite opérée (M89.0)
- Amputation de P3, des troisième et quatrième doigts de la main droite avec séquelles neurologiques et diminution de la force musculaire (S68.19)
- Episode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11) évoluant depuis février 2016
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, utilisation nocive pour la santé, primaire (F19.1) »

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

- Episode dépressif moyen qui se traduit par un envahissement du champ de pensée par les douleurs, baisse d'attention, baisse de persévérance. Limitations fonctionnelles sont de ce fait liées à la gestion du stress avec travail répétitif, maîtrisée, ne nécessitant pas de traitement d'information simultanées.
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples : difficultés de gestion des émotions, irritabilité, entraînant des limitations fonctionnelles de type évitement des rapports hiérarchiques.
- Amputation de P3, des troisième et quatrième doigts de la main droite avec séquelles neurologiques et diminution de la force musculaire qui entraîne des limitations fonctionnelles : Eviter ports de charges lourdes de la main droite, pas d'utilisation d'outils lourds ou d'objet vibrant, pas de mouvement forcé en préhension et en prono-supination de la main droite, pas de mouvements répétitifs, pas de travail dans le froid et dans le chaud, pas de travaux nécessitant de saisir des barres de sécurité.
- Algodystrophie du membre inférieur droit après fracture de la cheville droite opérée, qui entraîne des limitations fonctionnelles suivantes : Pas de marche prolongée, de plus de 15 minutes avec 2 cannes sans pose. Pas de position debout prolongée, c'est-à-dire de plus de 5 minutes avec 2 cannes. Pas de monter, ou de descendre d'escalier. Pas de travail en hauteur - pas d'échelle, d'escabeau, de tabouret, ou d'échafaudage.
- Névralgie cervico brachiale sur uncarthrose, qui entraîne limitations fonctionnelles : nécessité de pause régulière et de changement de position.

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

Bien que l'expertisé ne présente pas de trouble de la personnalité avérée, il existe une impulsivité sous-jacente connue, et un attachement à l'indépendance qui explique un effondrement narcissique depuis que l'expertisé ne se sent plus capable de s'assurer lui-même. Il existe également une forme d'opposition passive aux soins psychiatriques.

4.5 Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Le milieu familial semble détaché de sa problématique à l'exception de sa mère qui l'aurait toujours soutenu. Ses frères se seraient intéressés à lui récemment, suite au geste suicidaire. Les rapports avec son père sont mauvais. L'expertisé se sent isolé, et évoque une situation financière très difficile qui accentue son effondrement narcissique.

4.6 Contrôle de cohérence

Les différents experts ne retiennent pas d'incohérence clinique. L'algodystrophie est bien présente, à l'origine des douleurs. Les éléments cliniques peuvent expliquer l'intensité des douleurs, et nous comprenons parfaitement les répercussions psychologiques de celles-ci. En revanche, il existe un taux de CDT [ndlr : Carboxy Déficient Transferrin ; en français : carboxy transferrine déficiente] qui ne correspond pas aux dires de l'expertisé qui affirme être sevré en alcool. Par ailleurs, il existe un doute sur la compliance médicamenteuse.

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

La capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici est de 0% depuis, pour des raisons rhumatologiques, depuis février 2016.

4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée

D'un point de vue rhumatologique, nous retenons une capacité de temps de travail de, 50% de taux horaire avec baisse de rendement de 20% par nécessité de pause, de changement de position régulier, et une lenteur d'exécution, depuis février 2016. La capacité de travail rhumatologique et donc de 40%.

Nous retenons actuellement une baisse de 20% de rendement à envahissement du champ de pensée des douleurs qui limitent la capacité de concentration, sur un temps possible de travail de 100%. La capacité de travail psychiatrique est donc de 80% depuis février 2016.

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)

Depuis février 2016, l'incapacité de travail globale est donc de 32%, les incapacités de travail rhumatologique, et psychiatrique, étant totalement indépendantes l'une de l'autre, et s'additionnant.

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

Poursuite de la psychothérapie, seul traitement efficace concernant la névralgie cervicobrachiale, éventuelle proposition de réalisation de bloc sympatholytiques à la guanéthidine ou au Buflomédil dont le taux d'efficacité peut être évalué à 70% avec les premiers signes positifs au-delà du 5° bloc. Cette thérapeutique nécessite souvent 10 et 12 blocs.

Changement de classe médicamenteuse, avec éventuelle proposition de traitement antidépresseur tricyclique, qui peut être efficace également sur les douleurs. Possibilité d'amélioration du rendement psychiatrique à 100% d'ici 4 à 8 semaines, en fonction de l'efficacité du traitement, et de la confiance retrouvée de l'expertisé vis-à-vis des médecins d'une façon générale, et d'un sevrage d'alcool. »

Dans un avis SMR du 18 mai 2021, la Dre F. _____ a proposé d'interroger à nouveau les experts de S. _____ SA pour obtenir des précisions sur certains points, en particulier en lien avec la capacité de travail retenue sur les plans somatique et psychiatrique.

Par courrier du 6 juillet 2021, les experts précités ont répondu aux questions de l'OAI en ces termes (sic) :

« 1. *Sur le plan psychiatrique, vous reprenez une baisse de rendement de 20% depuis février 2016, alors qu'aucune atteinte de ce registre n'a été concrètement objectivée avant 2020 (et que la décision d'une pleine CT [capacité de travail] dans une activité adaptée du 27.08.2019 n'a pas été recourue). Merci d'argumenter précisément et objectivement la date de l'IT [incapacité de travail] psychiatrique, si vous la maintenez à février 2016.*

Nous retenons bien une baisse de rendement depuis février 2016, uniquement sur un aspect anamnestique. Il est vrai que nous n'avons pas d'éléments concrets avec un suivi, ou une hospitalisation, pour faire débuter à l'épisode à une date concomitante aux aspects anamnestiques, mais la description clinique et anamnestique faite par l'expertisé nous est apparue cohérente. Il n'y avait pas lieu de remettre en question cela.

Il expliquait qu'à cette période, il avait perdu totalement confiance en lui, et avait eu le sentiment d'être abandonné. Il présentait une humeur triste, une perte d'élan vital, des idées suicidaires passagères. L'envahissement du champ de pensée a bien débuté à cette période.

2. *Concernant les modifications thérapeutiques proposées, sont-elles exigibles ?*

Les modifications thérapeutiques sont exigibles, car les antidépresseurs ont souvent peu d'effets secondaires, et le sevrage en produits toxiques est fortement conseillé ne serait-ce que d'un point de vue médical. Par ailleurs, les modifications thérapeutiques proposées pourraient permettre une amélioration du rendement.

3. *Sur le plan somatique, la décision du 27.08.2019 d'une pleine CT dans une activité adaptée est rendue principalement sur la base d'un examen clinique SUVA le 6.12.2017 l'attestant. Votre examen clinique actuel du MID [membre inférieur droit] est globalement assez superposable à celui de la SUVA (décrit ci-dessus), pourtant vous évaluez la CT à 40% dans une activité adaptée. Nous vous remercions de détailler plus précisément votre point de vue en argumentant et en discutant en particulier des différents rapports médicaux versés au dossier qui ne rejoignent pas votre appréciation.*

L'examen médical final du médecin d'arrondissement de la SUVA date du 7/10/2015. Il est ensuite opéré le 1/2/2016 de la main droite ; il passe un séjour au Clinique T. _____ et se fracture la cheville le 27/2/2016 puis le 17/2/2017, un neurologue (Dr [...]) signale que l'évolution est clairement défavorable.

Un nouvel examen de la SUVA, le 9/10/2017, stipule « qu'on s'approche de la stabilisation », ce qui tend à démontrer que l'examen final du 7/10/2015 n'est pas exact. Je signale qu'entre

temps, l'expertisé a été opéré de la main et de la cheville, à plusieurs reprises, ce qui ne correspond pas à un état stable.

4. *Concernant le diagnostic de névralgie cervico-brachiale merci de l'argumenter plus précisément (l'IRM du 14.04.2020 ne montre pas de compression, les troubles sensitifs décrits étaient connus et admis comme séquellaires aux atteintes traumatiques). Depuis quand est-il présent ? Justifie-t-il à lui seul une baisse de la CT dans une activité adaptée ? De quel degré ?*

La NCB (névralgie cervico-brachiale) est un diagnostic clinique, celle-ci est secondaire à une uncarthrose (IRM) qui évolue défavorablement avec le temps. Les atteintes traumatiques touchent le 3° et 4° doigts. Il s'agit d'une névralgie cervico brachiale C8-D1 touchant les 3 derniers doigts, ce qui un diagnostic différent.

5. *Maintenez-vous que la CT est réduite à 40% dans une activité adaptée depuis février 2016 alors que la SUVA l'estimait pleine depuis décembre 2017 ?*

Oui.

6. *Cette baisse de la CT à 40% est-elle plutôt postérieure à la décision du 27.08.2019 (allant dans le sens d'une aggravation postérieure à la dernière décision entrée en force) ?*

Non, comme expliqué précédemment, l'aggravation précède Le 27/8/2019.

7. *Concernant les propositions thérapeutiques, sont-elles exigibles ?*

Non. »

Le 13 juillet 2021, la Dre F. _____, du SMR, a conclu son avis de la manière suivante :

« Sur le plan somatique une baisse de la CT dans une activité adaptée est donc reconnue depuis février 2016, sur la base de la même symptomatologie mais avec des diagnostics différents, sans aggravation par la suite, LF [limitations fonctionnelles] globalement superposables. La situation n'a donc pas réellement évolué depuis l'examen final SUVA (CNA) du 6.12.2017. Nous sommes donc face à une évaluation différente de la même situation.

Sur le plan psychiatrique on peut admettre une nouvelle atteinte, dépression moyenne, responsable d'une baisse de rendement de 20% depuis mars 2020, améliorable avec la poursuite de la psychothérapie, un sevrage d'alcool, un changement de la classe d'antidépresseur. LF : Travail ne nécessitant pas de prise de décision immédiate, de traitement simultané d'informations multiples, de gestion de stress. »

Le 4 novembre 2021, le service de réadaptation de l'OAI a procédé au calcul du salaire exigible. Après comparaison des revenus sans et avec invalidité, le préjudice économique s'élevait à 20%. Un certain nombre d'activités adaptées étaient proposées comme toute activité de type non-qualifiée, à savoir un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement, le travail d'usinage, de montage et de contrôle, notamment dans les secteurs de la manufacture horlogère, électronique, mécanique ou encore la production pharmaceutique ou d'instruments de mesures ou médicaux.

Par projet de décision du 14 décembre 2021, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser l'octroi de prestations, en précisant notamment ce qui suit :

« Le 11 mai 2020 (recte : 27 mai 2020), M. G. _____ dépose une demande de prestations AI, en raison d'une atteinte à la santé.

Il a été considéré comme une personne active à 100%.

Selon les renseignements médicaux en notre possession et après analyse approfondie de la situation de M. G. _____, il ressort qu'il présente effectivement une atteinte à la santé engendrant une incapacité de travail et de gains totale dans son activité professionnelle habituelle de cuisinier depuis mars 2020.

Toutefois, depuis lors, sa capacité de travail est de 80% (100% avec baisse de rendement de 20%) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de prise de décision immédiate, de traitement simultané d'informations multiples, de gestion de stress. »

En date du 21 janvier 2022, l'assuré a contesté le projet précité, en faisant valoir en particulier que le rapport d'expertise de S. _____ SA, lui reconnaissant une incapacité de travail de 80%, était probant et que cela lui ouvrait le droit à une rente entière d'invalidité.

Par courrier du 3 mars 2022 à l'assuré, l'OAI a mentionné que les conclusions des experts de S. _____ SA constituaient une appréciation différente d'une situation inchangée, la symptomatologie et les limitations

fonctionnelles étant les mêmes qu'auparavant aussi bien sur le plan somatique que psychiatrique et que ce constat ne venait nullement remettre en question la valeur probante du rapport d'expertise de S._____SA.

Par décision du 7 mars 2022 confirmant le projet du 14 décembre 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

B. Par acte du 8 avril 2022, l'assuré, sous la plume de son conseil, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation, une rente entière d'invalidité lui étant octroyée. Il critique en particulier l'instruction menée par l'intimé, en faisant valoir que celui-ci, par son service médical, s'est fondé à tort sur l'appréciation effectuée par le médecin d'arrondissement de la CNA, lequel ne s'était pas prononcé sur le plan psychiatrique et n'avait pas posé de diagnostic sur le plan somatique. Ainsi, de l'avis du recourant, on ne saurait prétendre, comme le fait l'intimé, que les experts de S._____SA ont procédé à une appréciation médicale différente d'un même état de fait. Il y a lieu au contraire de constater l'existence d'une aggravation de son état de santé et de considérer que sa capacité de travail est nulle, même dans une activité adaptée. A l'appui de son recours, l'intéressé a joint un bordereau de pièces, contenant notamment un rapport du 30 mars 2022 de la Dre K._____, médecin auprès du Secteur de psychiatrie et psychothérapie pour adultes du Réseau N._____, ainsi qu'un arrêt de la 1^e Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal fribourgeois, daté du 7 octobre 2021.

Par réponse du 5 mai 2022, l'OAI, en se fondant sur un avis SMR du 19 avril 2022, a proposé le rejet du recours. Dans l'avis précité, la Dre F._____ a relevé que le rapport de la Dre K._____ reconduisait le diagnostic d'épisode dépressif moyen retenu par l'expertise de S._____SA, non contesté par le SMR, justifiant une baisse de rendement de 20% et des limitations fonctionnelles. Le diagnostic de modification de la personnalité n'était pas étayé et les experts ne retenaient pas de

trouble de la personnalité. Ce rapport ne contenait pas d'estimation de la capacité de travail mais validait des répercussions sur le plan professionnel avec des limitations fonctionnelles assez superposables à l'expertise. Sur le plan médical, il n'y avait ainsi pas d'argument pour une aggravation des atteintes existantes ou une nouvelle atteinte à la santé depuis le dernier avis SMR du 13 juillet 2021.

Répliquant le 25 mai 2022, l'assuré a confirmé ses conclusions et requis qu'une audience publique soit agendée afin de l'interroger « par rapport aux limitations insupportables qu'il subit [et d']inspecter ses limitations criantes ».

Par duplique du 13 juin 2022, l'OAI a maintenu sa position et préavisé le rejet du recours.

Par courrier du 9 novembre 2022, le recourant a produit un rapport du 3 novembre 2022 du Dr D._____, tout en précisant que son état de santé continuait à se péjorer.

A la suite de la demande du recourant du même jour, la juge instructrice l'a informé, par courrier du 21 novembre 2022, que la cause lui paraissait en état d'être jugée, sous réserve d'un avis contraire de la Cour, de sorte qu'un jugement devait pouvoir lui être notifié au plus tard durant le premier trimestre 2023.

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. 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, le nouveau droit est en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 7 mars 2022 (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. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, à la suite d'une nouvelle demande déposée le 27 mai 2020, singulièrement sur la question de savoir si son état de santé s'est modifié notablement, au point d'influencer son droit à une rente d'invalidité.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une

atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

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

l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

b) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

6. 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) 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).

c) La jurisprudence attache toutefois une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré 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 en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 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). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa

et les références ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

d) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

7. a) 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).

b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs,

appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une

thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

8. a) En l'espèce, le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations le 27 mai 2020. L'intimé est entré en matière, dès lors qu'il y avait un élément médical nouveau avec le diagnostic de status post curetage et greffe du tibia distal droit le 30 janvier 2020. Il convient donc, en application par analogie de l'art. 17 LPGA, de comparer la situation au moment où la décision litigieuse du 7 mars 2022 a été rendue avec celle qui prévalait lors de la dernière décision entrée en force du 26 août 2019, qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente.

b) La décision du 26 août 2019, par laquelle l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1^{er} février 2017 au 31 mars 2018, était essentiellement fondée sur les conclusions du Dr P._____, médecin d'arrondissement de la CNA (cf. rapport du 6 décembre 2017), lequel n'avait pas posé de diagnostic, mais avait considéré que la situation médicale était stabilisée tant au niveau des mains que de la cheville. Ces conclusions ont été reprises dans le rapport SMR du 17 janvier 2018, aux termes duquel a été posée comme atteinte principale des douleurs résiduelles de la cheville droite après fracture Weber C. Ce rapport a été confirmé par le Dr B._____ du SMR (cf. avis médical du 10 avril 2019), qui a estimé que la suspicion de SDRC, diagnostic posé par le Dr C._____ (cf. rapport du 6 février 2019), n'était pas avérée. Le médecin du SMR s'est en outre fondé sur un rapport du Prof. [...] qui est également mentionné dans le rapport d'examen final du Dr P._____, pour écarter le diagnostic de SDRC. On notera que ce rapport ne figure pas au dossier de l'intimé. Quant à la méralgie paresthésique gauche, il s'agissait, selon le Dr B._____, de l'atteinte

d'un nerf purement sensitif inconfortable mais sans conséquences fonctionnelles (cf. avis SMR du 10 avril 2019).

c) Pour fonder le refus de prestations du 7 mars 2022, l'intimé s'en est remis partiellement au rapport d'expertise de S. _____ SA du 19 mars 2021. En effet, au plan somatique, il a considéré que l'avis des experts n'était qu'une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée (au niveau de la symptomatologie et des limitations fonctionnelles) et n'a ainsi pas tenu compte de leurs conclusions quant à la capacité de travail, en préférant celles du Dr P. _____ du 6 décembre 2017. Sur le plan psychiatrique en revanche, l'intimé a reconnu les diagnostics posés par les experts et la capacité de travail retenue, tout en considérant que la baisse de rendement était à prendre en compte depuis mars 2020 et non depuis février 2016.

aa) Sur le plan somatique (rhumatologique) en particulier, l'expert H. _____ a retenu les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de névralgies cervico-brachiale sur uncarthrose (M53.1), d'algodystrophie du membre inférieur droit, après fracture de la cheville droite opérée (M89.0) et d'amputation de P3, des troisième et quatrième doigts de la main droite avec séquelles neurologiques et diminution de la force musculaire (S68.1). Pour ce qui est du premier diagnostic, celui-ci est clairement nouveau puisqu'il a été posé à la suite d'une IRM cervicale du 14 avril 2020 qui montrait une moelle libre avec une uncarthrose et une réduction du foramen C6 gauche sans compression. L'expert a expliqué à ce propos qu'il existait une hypoesthésie des trois derniers doigts de la main droite dont l'origine est l'uncarthrose cervicale décelée par IRM et le traumatisme de la main droite en 2007. Il a estimé que ce diagnostic avait une incidence sur la capacité de travail du recourant et engendrait des limitations fonctionnelles (nécessité de pauses régulières et de changement de position). Or ce diagnostic, postérieur à la décision du 26 août 2019, n'a pas été pris en compte par le SMR. Celui-ci s'est en effet fondé exclusivement sur les conclusions du médecin d'arrondissement de la CNA (cf. rapport du 6 décembre 2017), lequel s'est uniquement focalisé sur les atteintes liées aux accidents pris en charge, soit celles à la cheville

droite et à la main droite. A cela s'ajoute que le diagnostic de SDRC, que le SMR a écarté lors de la précédente décision du 26 août 2019, considérant qu'il n'était pas avéré, a été confirmé par l'expert rhumatologue. Dans la mesure où tant le rapport d'IRM du 4 avril 2017 que le rapport d'examen du Prof. [...] ne mentionnaient pas ce diagnostic, on aurait attendu de l'expert qu'il explique de manière circonstanciée pour quelle raison il le retenait et qu'il discute la question de la temporalité entre l'apparition du SDRC et l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) et celle de l'absence d'éléments parlant en faveur d'un SDRC dans le rapport d'IRM précité. Ainsi, on ne peut considérer que ce diagnostic a été posé valablement. L'expert rhumatologue est un outre peu précis s'agissant des dates d'aggravation et des motifs pour lesquels une incapacité de travail doit être retenue, éléments également relevés par le SMR dans son avis médical du 18 mai 2021. En effet, l'expert a retenu une baisse durable de la capacité de travail dans une activité adaptée depuis février 2016 (date de l'opération de la main droite), alors que la décision, entrée en force, rendue le 26 août 2019 par l'OAI, faisait état d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à compter de décembre 2017. Cette décision n'a, au demeurant, pas fait l'objet d'un recours. Le complément d'expertise demandé par le SMR n'a, en outre, pas permis d'apporter une explication convaincante. Au contraire, l'expert a mentionné l'examen final du médecin d'arrondissement de la CNA du 7 octobre 2015 et celui du 9 octobre 2017 pour tenter de justifier sa position, alors que la question à laquelle il devait répondre (cf. rapport du 6 juillet 2021) se référait au rapport d'examen final de la CNA du 6 décembre 2017 (!). La capacité de travail retenue sur le plan somatique n'a ainsi pas été motivée. En outre, l'expert n'a pas distingué les différentes atteintes somatiques apparues à des dates différentes dans l'évaluation de la capacité de travail. Il faut en conclure que le volet rhumatologique de l'expertise ne peut se voir accorder une pleine valeur probante et que face à ces incertitudes et au manque de précision, il appartenait à l'OAI de mettre en œuvre une seconde expertise, laquelle ne pouvait être remplacée par un simple avis médical du SMR. L'instruction menée par l'OAI est donc lacunaire sur ce point.

bb) Sur le plan psychiatrique, l'expert V._____ a retenu les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11) et de troubles mentaux et du comportement, liés à l'utilisation nocive de produits toxiques multiples, primaire (F19.1).

On constate que jusqu'au rapport d'expertise du 19 mars 2021, le dossier était pauvre en renseignements. Seul un consilium psychiatrique du 13 mars 2008 réalisé à la Clinique T._____ y figure. Il s'avère en réalité que l'assuré était suivi par le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et qu'en raison de son geste suicidaire en 2020, il a bénéficié d'une prise en charge auprès du Centre J._____, puis par la Dre K._____ du Réseau N._____ depuis le 20 novembre 2020. Toutefois l'anamnèse psychiatrique reste vague, s'agissant notamment du suivi avec le Dr M._____ (cf. p. 11 du volet psychiatrique). Par ailleurs, en présence d'une addiction à des produits toxiques considérée comme sévère (cf. p. 13 du volet psychiatrique), l'expert devait procéder à une évaluation normative et structurée selon l'ATF 141 V 281. Il s'est toutefois limité à qualifier la consommation de primaire et à examiner l'impact de l'épisode dépressif moyen sur sa capacité de travail. Il a ainsi retenu une baisse de rendement de 20%, relevant que la capacité de travail pourrait être de 100% en cas d'amélioration de l'anxiété par l'observance totale d'un antidépresseur et d'un sevrage alcoolique.

Là encore, l'expertise se révèle insuffisante. En effet, l'expert a retenu une baisse de rendement sur le plan psychiatrique à compter de février 2016 alors qu'aucune atteinte de ce registre n'a été concrètement objectivée avant 2020 et que la décision du 26 août 2019 qui faisait état d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis décembre 2017 n'a pas été contestée. Interrogé sur ce point, l'expert a confirmé qu'il retenait une baisse de rendement depuis février 2016 et ce, uniquement sur une base anamnétique, admettant qu'il n'avait pas d'éléments concrets avec un suivi ou une hospitalisation pour faire débiter l'épisode dépressif à une date concomitante aux aspects anamnestiques. Il a encore précisé que la description clinique et

anamnestique faite par l'assuré lui avait paru cohérente. Cette appréciation ne saurait être suivie dans la mesure où un diagnostic et les répercussions de celui-ci sur la capacité de travail ne peuvent reposer uniquement sur les dires de l'intéressé. A noter que le rapport du 30 mars 2022 de la Dre K._____, produit dans le cadre du recours, qui confirme le diagnostic d'état dépressif moyen, n'apporte pas plus d'éclairage sur ce point.

Dans la mesure où les indicateurs applicables en matière de troubles psychiatriques, en particulier en lien avec les troubles mentaux et du comportement, liés à l'utilisation nocive de produits toxiques multiples, primaire, n'ont pas été examinés et que l'on n'est par conséquent pas réellement en mesure de saisir les impacts de cette atteinte sur la capacité de travail du recourant, on ne saurait attribuer une pleine valeur probante au volet psychiatrique de l'expertise. Sans compter que le constat d'épisode dépressif moyen que l'expert fait remonter à février 2016 n'est pas étayé par des pièces médicales, mais repose uniquement sur les déclarations de l'assuré, ce qui n'est pas suffisant.

cc) L'évaluation consensuelle effectuée par les experts n'est pas non plus concluante en ce qui concerne la capacité de travail retenue. En effet, on peine à saisir comment les experts parviennent à une incapacité de travail globale de 32%, toutes incapacités confondues (rhumatologique et psychiatrique) alors qu'ils retiennent une capacité de travail de 50% avec une baisse de rendement de 20% sur le plan rhumatologique, ce qui les amènent étrangement à conclure que la capacité de travail rhumatologique est de 40%, et à une capacité de travail de 100% avec une baisse de rendement de 20% sur le plan psychiatrique, retenant ainsi une capacité de travail psychiatrique de 80%. Le complément d'expertise n'apporte pas non plus de précisions à ce niveau.

d) En présence d'une expertise dont la valeur probante fait défaut et d'un complément ne permettant pas de combler les manquements constatés, l'intimé ne pouvait pas se contenter d'un avis

SMR, auquel il convient de poser des exigences strictes en matière de preuve (cf. consid. 6d *supra*, *in fine*). De manière générale, on peut déplorer que l'intimé se soit focalisé sur les problématiques somatiques prises en charge par la CNA, sans avoir actualisé le dossier en sollicitant notamment un rapport du médecin traitant, le Dr [...], le dernier rapport d'un médecin traitant étant celui du Dr Q. _____ du 29 juin 2016. Ce, alors que les experts ont confirmé le diagnostic de SDRC, lequel n'a fait l'objet d'aucune investigation.

On peine également à saisir comment l'intimé est en mesure de retenir qu'aucun changement important et propre à influencer le droit à la rente n'est survenu depuis la décision du 26 août 2019 (cf. avis SMR du 13 juillet 2021), tout en s'écartant des conclusions du rapport d'expertise et en ne remettant pas en cause sa valeur probante. Cette position contradictoire ne trouve aucune assise. Dans ce contexte, il était nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique.

9. **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 et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il s'impose donc de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il complète le dossier conformément auxdits considérants. Après actualisation des renseignements médicaux, il

appartiendra à l'OAI de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique, à tout le moins.

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).

10. Au stade de la réplique, le recourant a requis la tenue d'une audience publique.

L'obligation d'organiser des débats publics au sens de l'art. 6 par. 1 CEDH, qui implique le droit pour le justiciable de plaider sa cause lui-même ou par l'intermédiaire de son avocat (TF 5A_1062/2019 du 16 avril 2020 consid. 4.2 et les références), suppose une demande formulée de manière claire et indiscutable de l'une des parties au procès ; de simples requêtes de preuves, comme des demandes tendant à une comparution ou à une interrogation personnelle, à un interrogatoire des parties, à une audition des témoins ou à une inspection locale, ne suffisent pas pour fonder une semblable obligation (TF 9C_335/2021 du 9 février 2022 consid. 3.1 ; ATF 136 I 279 consid. 1 et les arrêts cités).

En l'espèce, le recourant n'a pas invoqué l'art. 6 par. 1 CEDH dans le cadre de son recours et n'a pas non plus fait référence à la jurisprudence y relative. A l'appui de sa « requête d'une audience publique » déposée conjointement avec la réplique, il s'est limité à demander à être interrogé « par rapport aux limitations insupportables qu'il subit et [à ce que la Cour inspecte] ses limitations criantes ». Or, si l'art. 6 par. 1 CEDH garantit certes à chacun le droit à ce que sa cause soit entendue publiquement (TF 8C_964/2012 du 16 septembre 2013 consid. 3.2), une demande formulée de manière claire et indiscutable fait défaut. On constate en effet que la requête formulée par le recourant - assisté d'un mandataire professionnel - constitue une simple demande tendant à la comparution ou à une interrogation personnelle. Elle vise à ce que la Cour de céans l'entende et se rende compte de l'importance de ses

limitations, soit un aspect relatif à l'administration des preuves. Dans ces circonstances, la requête de preuve déposée dans le cadre de la procédure de recours ne suffit pas pour fonder l'obligation pour la Cour de céans d'organiser des débats publics au sens de l'art. 6 CEDH. Il n'y a donc pas lieu de donner suite à cette requête. De surcroît, cette mesure apparaîtrait superflue compte tenu de l'issue du recours.

11. a) En conclusion, le recours est admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au 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 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 1'500 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'intimé (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire (cf. décision du 12 avril 2022). Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales**

prononce :

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 7 mars 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six 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 G._____ le montant de 1500 fr. (mille cinq cents 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 Benoît Sansonnens (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :