

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 novembre 2024

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Durussel et Livet, juges
Greffière : Mme Cuérel

Cause pendante entre :

E. _____, à [...], recourant, représenté par Me Karim Armand Hichri,
avocat auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 6, 17 et 43 LPGA ; 28 al. 1 LAI ; 87 al. 2 et 3, 88a RAI

E n f a i t :

A. a) E. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], de nationalité [...] au bénéfice d'un permis C, est marié et père de trois enfants. Sans formation professionnelle, il a travaillé en qualité de maçon et coffreur auprès de la société [...], à [...], dès le 1^{er} octobre 2010.

En incapacité de travail totale dès le 6 mars 2014 en raison d'une hernie discale L4-L5, 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) le 9 juillet 2014.

Cette demande a été rejetée par décision de l'OAI du 10 mars 2015. Selon cet office, si l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de maçon-coffreur, sa capacité de travail restait entière dans une activité adaptée, tel qu'un emploi dans l'industrie légère respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieur à cinq-dix kilogrammes, pas de flexion et rotation du tronc, pas de porte-à-faux contraignant du tronc et pas d'accroupissements ni de genuflexions.

b) Dès le 1^{er} mars 2018, l'assuré a travaillé en qualité de coffreur à 100 % pour la société [...]. À ce titre, il était assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la Caisse).

Le 4 juin 2018, l'assuré a été victime d'un accident sur son lieu de travail. Il a chuté d'une hauteur de 2,70 mètres alors qu'il se trouvait sur une échelle, ce qui a entraîné une fracture du calcaneum gauche de type Sanders IV et une fracture intra-articulaire du radius distal droit. Il a été mis au bénéfice d'un arrêt de travail à 100 % dès cette date.

Les suites de cet événement accidentel ont été prises en charge par la CNA.

Le 19 juin 2018, le Dr G._____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur au sein du Service d'orthopédie et traumatologie du Q._____, (ci-après : [...]), a pratiqué une réduction ouverte et une ostéosynthèse du calcanéum gauche par plaque et vis.

La fracture du radius distal droit a été traitée conservativement avec succès, par la pose d'un plâtre, puis d'une attelle ainsi que de la physiothérapie. La prise en charge de cette atteinte a pris fin le 3 décembre 2018, à l'issue d'une consultation au Q._____, auprès de la Dre Y._____, médecin spécialiste en médecine interne générale, laquelle a constaté une évolution très positive de la situation, le poignet de l'assuré n'étant plus tuméfié ni douloureux.

Le 14 décembre 2018, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité auprès de l'OAI, indiquant qu'il avait la jambe gauche et le talon cassés.

Lors d'une consultation du 17 décembre 2018, le Dr G._____ a noté que l'assuré gardait des douleurs à la charge sur tout le pourtour de la cheville gauche et sur la face latérale du calcanéum.

Une infiltration de cortisone a été réalisée le 3 janvier 2019 afin de diminuer ces douleurs, mais n'a pas eu l'effet escompté.

Selon un rapport médical du 6 février 2019, le Dr G._____ a préconisé la poursuite de la physiothérapie et une ablation du matériel d'ostéosynthèse, réalisée le 8 mars 2019.

Il résulte des notes de consultation de ce médecin du 29 avril 2019 que l'amplitude de la cheville et de l'articulation sous-talienne étaient satisfaisantes, mais que les douleurs persistaient et nécessitaient

encore l'utilisation de béquilles pour les déplacements. Il a recommandé la poursuite de la physiothérapie et un séjour à la F. _____ (ci-après : la [...]) pour un reconditionnement et une évaluation aux ateliers professionnels.

L'assuré a été admis à la F. _____ le 2 juillet 2019 et y a séjourné jusqu'au 30 juillet 2019.

Par rapport du 15 juillet 2019, le Dr A. _____, médecin spécialiste en neurologie et consultant à la F. _____, a indiqué que l'électroneuromyogramme (ci-après : ENMG) réalisé le 12 juillet 2019 avait confirmé une neuropathie tronculaire du nerf sural gauche probablement à la cheville. Cette affection pouvait expliquer l'hypoesthésie ressentie par le patient sur le bord externe du pied, mais non les douleurs.

Lors d'une consultation du 28 août 2019, le Dr G. _____ a relevé que la mobilité n'était pas trop mauvaise, mais que l'assuré souffrait toujours de douleurs invalidantes au niveau de l'articulation sous-talienne, l'obligeant à marcher avec une canne, sans laquelle les douleurs étaient intolérables.

Par rapport médical du 9 septembre 2019, la Dre Z. _____, médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation et le Dr J. _____, médecin, exerçant tous deux auprès de la F. _____, ont notamment indiqué que l'évolution de la fracture du calcanéum était lente et difficile, malgré l'ablation du matériel d'ostéosynthèse effectuée en mars 2019. Des douleurs et des limitations fonctionnelles importantes persistaient, avec une dépendance aux moyens auxiliaires pour la marche. Les douleurs, évaluées à 0/10 au repos et à 7/10 à l'effort, étaient aggravées par la marche et l'appui prolongé, mais soulagées par le repos. L'assuré s'est déclaré indépendant dans les actes de la vie quotidienne et pouvait conduire sans difficultés son véhicule automatique. Selon ces médecins, les plaintes et les limitations fonctionnelles de leur patient ne s'expliquaient qu'en partie par les lésions objectives constatées. Des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes de l'assuré,

qui sous-estimait de façon importante ses capacités fonctionnelles et avait une perception élevée du handicap, étant anxieux et centré sur ses douleurs. À l'issue du séjour, la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical. Les Drs Z._____ et J._____ ont retenu les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : le port de charges, la marche sans moyen auxiliaire, la marche prolongée et en terrain accidenté, les positions contraignantes pour les chevilles (accroupie et à genoux), la position debout prolongée, ainsi que la montée et la descente d'escaliers et d'échelles. Ils ont prescrit la poursuite de la physiothérapie, afin que l'assuré soit moins limité dans ses déplacements et dans une future activité professionnelle. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de maçon-coffreur était défavorable. Il l'était également dans une activité adaptée, au vu des facteurs contextuels évoqués.

Dans un rapport médical du 1^{er} novembre 2019 indexé au dossier le 5 novembre 2019, le Dr G._____ a répondu à un questionnaire de l'intimé en indiquant que l'évolution de la situation était légèrement favorable depuis deux mois, avec une amélioration progressive des amplitudes en physiothérapie, allant de pair avec une diminution modérée des douleurs. L'assuré pouvait marcher sans canne. Les amplitudes articulaires étaient satisfaisantes au niveau de la cheville et de la sous-talienne, mais les douleurs dans l'articulation sous-astragalienne persistaient. Le pronostic de ce médecin quant à la reprise d'une activité à 100 % était réservé. Il a évoqué la possibilité de réaliser une arthrodèse afin de diminuer la présence des douleurs et a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : les positions debout, accroupie et à genoux, l'utilisation d'échelles ou d'escaliers, la marche et le port de charges. Selon lui, une reprise d'activité respectant l'atteinte à la santé de l'assuré, c'est-à-dire si celui-ci était essentiellement assis, était envisageable à un taux compris entre 80 % et 100 %, ces considérations étant valables immédiatement.

Lors d'une consultation du 13 novembre 2019, le Dr G._____ a relevé que la situation s'était améliorée grâce à la physiothérapie : les

amplitudes de la cheville étaient bonnes, l'articulation sous-talienne bougeait mieux et l'assuré présentait moins de douleurs à la charge. Il a proposé une infiltration à la cortisone afin de diminuer encore celles-ci, réalisée au mois de décembre 2019, laquelle n'a pas apporté d'améliorations.

Lors d'une consultation du 22 janvier 2020, le Dr G. _____ a indiqué que son patient marchait sans canne mais en boitant avec des douleurs nettes dans l'articulation sous-talienne. Une arthrodèse a une nouvelle fois été évoquée. Il a adressé l'assuré à une consœur, la Dre N. _____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur au Q. _____, pour un second avis.

La Dre N. _____ a reçu l'assuré en consultation le 4 juin 2020. Elle a diagnostiqué une arthrose post-traumatique avec persistance de douleurs à l'arrière-pied et a prescrit des examens supplémentaires avant de se prononcer sur une éventuelle arthrodèse.

Le 2 juillet 2020, une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) a été réalisée au Q. _____, à la lecture de laquelle les séquelles post-traumatiques de la fracture du calcanéum avec une arthrose sévère de l'articulation sous-talienne étaient visibles.

Dans ses notes de consultation du 23 juillet 2020, la Dre N. _____ a indiqué que l'assuré souhaitait réfléchir concernant la réalisation d'une arthrodèse. Il a finalement opté pour cette chirurgie et a fait part de sa décision à cette médecin lors d'une consultation du 16 décembre 2020.

Dans son rapport médical du 25 mars 2021, la Dre S. _____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a conclu à une atteinte accidentelle au niveau du talon gauche, dont l'évolution était lentement favorable. L'activité de maçon n'était plus exigible. Dans une activité adaptée, cette médecin a évalué la capacité de travail de l'assuré à un taux compris entre 80 % et 100 % dès le mois de

novembre 2019, une baisse de rendement pouvant être admise au vu de la persistance des douleurs. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : le port de charges, la marche prolongée et en terrain accidenté, les positions contraignantes pour les chevilles (accroupie et à genoux), la position debout prolongée, la montée et la descente d'escaliers et d'échelles ainsi que la marche prolongée.

Dans le formulaire complété à l'attention de l'OAI le 15 avril 2021, l'assuré a indiqué que son état de santé s'était aggravé depuis le mois de janvier 2021 en raison d'une dépression.

Le 16 avril 2021, l'assuré a subi une arthrodèse sous-talienne, pratiquée par la Dre N._____ et le Dr C._____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil moteur. Selon le rapport de ce chirurgien du 11 mai 2021 à l'attention du Dr X._____, médecin spécialiste en médecine interne générale, l'intervention s'est déroulée sans complications. Les suites ont été simples et les douleurs maîtrisées par l'antalgie prescrite. Une mobilisation en charge partielle de maximum dix kilogrammes sous protection d'une botte de marche a été autorisée pour six semaines, le patient bénéficiant en outre de séances de physiothérapie.

Dans un rapport médical du 14 septembre 2021, la Dre N._____, a indiqué qu'à quatre mois de l'arthrodèse, l'évolution était favorable. La capacité de travail dans l'activité habituelle restait nulle et il était encore trop tôt pour se prononcer sur les limitations fonctionnelles à respecter dans une activité adaptée.

Selon un rapport de cette médecin du 18 octobre 2021, l'assuré ne constatait pas d'améliorations à la suite de l'arthrodèse. Il ressentait encore des douleurs lors de la charge, qui le forçaient à boiter, ainsi qu'une sensation de brûlures. La Dre N._____ a constaté une légère boiterie de décharge, l'arrière-pied étant diffusément tuméfié et enraidit, avec une mobilité au niveau du Chopart quasi inexistante et douloureuse à la sollicitation. Le trouble de la sensibilité sur le bord latéral

subsistait, sans allodynie. Devant cette amélioration stagnante, elle a suggéré un nouveau séjour à la F._____.

L'assuré a séjourné au sein de cette clinique du 30 novembre au 22 décembre 2021. Le 7 janvier 2022, les Drs L._____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en médecine physique et réadaptation, et O._____, médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation à la F._____, ont établi un rapport médical duquel il résulte notamment ce qui suit : à son arrivée, l'assuré se plaignait de douleurs à la cheville et à l'arrière-pied, évaluées à 1/10 au repos et à 5/10 à la mobilisation active, la marche étant possible sur une durée de cinq à dix minutes. Il avait également rapporté des fourmillements et des engourdissements, une hypoesthésie et des décharges électriques occasionnelles en bordure du pied, ainsi qu'un déficit d'extension de l'hallux, provoquant une difficulté de l'enroulement de l'avant-pied à la marche. Son moral était abaissé en lien avec un contexte personnel et familial. La scintigraphie osseuse réalisée le 17 juin 2020 et l'IRM du 2 juillet 2020 avaient mis en évidence une arthrose post-traumatique sévère de l'articulation sous-talienne gauche prédominant sur son versant postérieur avec une composante inflammatoire pouvant expliquer les symptômes de l'assuré, ainsi qu'une arthrose active de la sous-talienne antérieure, également avec une composante inflammatoire. Selon les Drs L._____ et O._____, les plaintes et limitations fonctionnelles de leur patient s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour, mais des facteurs familiaux et sociaux pouvaient influencer négativement l'auto-évaluation de l'assuré, qui s'était cependant améliorée en fin de séjour, la rendant plus cohérente avec le niveau d'activité observé. Ils ont préconisé la poursuite de la physiothérapie afin d'améliorer quelque peu les qualités articulaire et musculaire ainsi que les douleurs. Une stabilisation médicale pouvait être attendue d'ici un à deux mois. Ils se sont prononcés défavorablement quant à la reprise de l'ancienne activité de l'assuré, mais ont émis un pronostic favorable concernant la réinsertion dans une profession adaptée respectant les limitations fonctionnelles

suivantes : les activités nécessitant le port de charges prolongé ou répétitif de plus de dix kilogrammes, la marche prolongée en terrain irrégulier, la réalisation répétée d'escaliers, l'utilisation répétée d'échelles, le travail sur les toits et le travail en positions accroupie et à genoux. Sur le plan psychique, ces médecins ont indiqué qu'aucune psychopathologie n'avait été retenue, précisant qu'après évaluation par un psychiatre lors de son admission, l'assuré avait bénéficié de quelques séances de soutien psychologique durant son séjour. Ils ont recommandé la mise en place d'un suivi psychothérapeutique pour la suite, en raison d'une symptomatologie dépressive et anxieuse présentée par l'assuré, liée en grande partie aux problèmes de santé de ses enfants et à des inquiétudes financières.

Le 10 mai 2022, la Dre N._____, le Dr W._____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et la Dre V._____, médecin assistante, ont pratiqué une ablation de matériel d'ostéosynthèse du calcanéum gauche de l'assuré.

Par rapport médical du 21 juillet 2022, les Dres N._____ et V._____ ont indiqué que lors d'une consultation du 20 juin 2022, l'assuré n'avait pas décrit d'amélioration des douleurs à la suite de l'ablation de matériel d'ostéosynthèse réalisée un mois auparavant. Il présentait toujours des douleurs après cinq minutes de marche. Le port de chaussures avec une barre de déroulement le soulageait partiellement. À l'examen clinique, la palpation des reliefs calcanéens et la mobilisation du Chopart et des rayons latéraux du Lisfranc étaient douloureuses. Selon ces médecins, toutes les ressources chirurgicales avaient été épuisées de sorte que la situation était stabilisée. Elles n'attendaient plus d'amélioration notable de la symptomatologie, une reconversion professionnelle devant à leur sens être envisagée.

Dans le formulaire complété à l'attention de l'OAI le 18 août 2022, l'assuré a indiqué que son état de santé était stable depuis le dépôt de sa demande.

Le 4 octobre 2022, dans le cadre de la prise en charge des suites de l'accident du mois de juin 2018 par la CNA, l'assuré a été convoqué à une consultation médicale auprès de la Dre B._____, médecin praticienne et médecin d'arrondissement auprès de la Caisse. Au début de l'entretien, l'intéressé a indiqué qu'il avait suivi les recommandations formulées par les médecins de la F._____ à l'issue de son second séjour et avait débuté un suivi psychologique hebdomadaire. Il prenait du Zoldorm et de l'Escitalopram, prescrits par son médecin traitant. Questionné au sujet de la santé des membres de sa famille, l'assuré s'est effondré en pleurs. Il a réussi à expliquer, entre deux sanglots, que ses enfants étaient autistes et qu'il en était très affecté. L'assuré pleurant sans discontinuer, la Dre B._____ a interrompu l'examen et l'a reporté à une date ultérieure.

Répondant le 2 novembre 2022 aux questions lui ayant été soumises par l'OAI le 7 octobre 2022, la Dre V._____ a indiqué qu'aucune hospitalisation ou prise en charge chirurgicale n'avait été nécessaire depuis son dernier rapport. L'incapacité de travail restait de 100 % et une reconversion professionnelle demeurait vivement recommandée. S'agissant de l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, cette médecin a répondu que ce point devait être évalué par un médecin du travail, recommandant une réorientation dans une profession sédentaire ne sollicitant pas les membres inférieurs. De son point de vue, la situation médicale était stabilisée, aucune évolution plus favorable n'étant attendue.

Par rapport médical du 19 décembre 2022 établi à la suite de l'examen clinique et de l'ENMG réalisés le 16 décembre 2022, le Dr A._____ a indiqué que l'assuré présentait toujours une neuropathie tronculaire du nerf sural gauche au niveau de la cheville, ayant évolué de manière partiellement favorable avec la réapparition de la réponse sensitive. Il a expliqué que cette atteinte était à l'origine de l'hypoesthésie de la face externe du pied mais non des douleurs, ni de la gêne à la

mobilité au niveau du gros orteil gauche. Prise isolément, cette neuropathie n'entraînait aucune diminution des capacités fonctionnelles.

La Dre B. _____ a revu l'assuré le 28 février 2023. Celui-ci a déclaré que ses plaintes étaient les mêmes qu'en octobre 2022, mentionnant des douleurs importantes, essentiellement à la montée et surtout à la descente d'escaliers, lors de la position statique debout prolongée ainsi que des douleurs supportables aux changements de temps, situées au niveau de la malléole externe et vers l'avant du pied ainsi qu'à l'intérieur de la cheville. À l'examen clinique, cette médecin a constaté que la marche de la salle d'attente à la salle d'examen se faisait avec une légère boiterie d'épargne du membre inférieur gauche, l'assuré marchant d'un bon pas et sans trop de difficulté. Il portait des chaussures adaptées lors de son séjour à la F. _____. Pieds nus, la marche s'effectuait avec une forte boiterie d'épargne du membre inférieur gauche. Selon la Dre B. _____, aucun traitement chirurgical ou médical n'était susceptible d'améliorer notablement l'état du pied gauche de l'assuré, de sorte que la situation médicale était stabilisée. Elle a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port répété ou prolongé de charges supérieures à dix kilogrammes, pas de marche en terrain irrégulier, pas de marche prolongée ou répétée, pas de position statique debout, pas de réalisation répétée d'escaliers, d'utilisation d'échelles ou de travail sur les toits, pas de position accroupie ni à genoux. S'agissant du radius distal droit, l'assuré ne devait pas solliciter de manière répétée le poignet et ne pas effectuer d'activité en force. Cette médecin a encore affirmé que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était définitivement nulle. Dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles posées, la capacité de travail était entière et sans diminution de rendement.

Par décision du 2 mars 2023, la CNA a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 mars 2023 au soir.

Par avis médical du 3 avril 2023, le Dr T._____, médecin du travail auprès du SMR, a constaté que l'ensemble des intervenants médicaux avait retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle. Concernant la capacité de travail dans une activité adaptée, se référant à l'estimation du Dr G._____ du 5 novembre 2019, il a estimé qu'elle était de 90 % dès le mois de novembre 2019 jusqu'à l'arthrodèse réalisée en avril 2021. Il a rappelé que cette intervention n'avait pas produit le résultat espéré en termes de douleurs et qu'hormis l'ablation du matériel d'arthrodèse en mai 2022, aucune chirurgie n'avait été réalisée par la suite. Relevant que les médecins du CHUV considéraient que la situation médicale était stabilisée mais n'avaient pas évalué la capacité de travail de leur patient dans une activité adaptée, ce médecin s'est référé aux conclusions de la Dre B._____ du 28 février 2023. Il a ainsi retenu que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée avait évolué comme il suit depuis l'accident du mois de juin 2018 : elle a été nulle jusqu'au 4 novembre 2019, puis de 90 % du 5 novembre 2019 jusqu'à l'intervention chirurgicale d'avril 2021. Puis elle a été nulle dès cette opération jusqu'à la date de stabilisation médicale fixée au 2 novembre 2022 par les médecins du Q._____, date à partir de laquelle l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr T._____ a retenu les mêmes que celles résultant du rapport médical de la _____ la Dre B._____ du 28 février 2023.

Par projet de décision du 17 avril 2023, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente d'invalidité entière limitée dans le temps, du 1^{er} juin 2019 au 29 février 2020, puis du 1^{er} avril 2021 au 28 février 2023.

Par décision du 28 avril 2023, la CNA a nié le droit de l'assuré à l'octroi d'une rente d'invalidité et lui a alloué une indemnité pour l'atteinte à l'intégrité de 22'230 fr. (gain annuel de 148'200 fr. x 15 % de diminution de l'intégrité).

Par courrier non signé du 12 mai 2023 à l'OAI, l'assuré a contesté le projet de décision du 17 avril 2023 et requis qu'une rente d'invalidité lui soit allouée au-delà du 28 février 2023, la rente octroyée ne tenant selon lui pas compte de sa situation réelle. Sur demande de l'OAI, l'assuré a confirmé sa contestation par courrier signé du 22 mai 2023.

Par décision sur opposition du 22 juin 2023, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre sa décision du 28 avril 2023.

Dans le délai prolongé à cet effet par l'OAI, l'assuré, représenté par son conseil Me Karim Hichri, avocat auprès d'Inclusion Handicap, a complété sa contestation contre le projet de décision de cet office par courrier du 30 juin 2023. Indiquant d'emblée que les rentes d'invalidité octroyées du 1^{er} juin 2019 au 29 février 2020 puis du 1^{er} avril 2021 au 28 février 2023 n'étaient pas contestées, il a reproché à l'OAI l'absence d'instruction concernant sa santé psychiatrique, rappelant notamment que lors de l'examen par la Dre B. _____ du 4 octobre 2022, il s'était effondré en pleurs. Il a joint à sa contestation un rapport du Dr X. _____ du 15 mai 2023, lequel mentionne notamment, sur le plan somatique, des douleurs chroniques invalidantes dans le cadre du traumatisme majeur du calcanéum gauche avec échec de prise en charge chirurgicale. Selon ce médecin, les douleurs sont intenses à la mobilisation et présentes au repos de manière significative, son patient ayant beaucoup de difficultés à réaliser les activités simples de la vie de tous les jours. Sa démarche est profondément altérée, entraînant une surcharge importante au niveau de la colonne lombaire. Sur le plan psychiatrique, le Dr X. _____ a mentionné l'existence d'un trouble dépressif modéré à sévère réactionnel à l'état de santé ainsi qu'à une situation socio-familiale extrêmement compliquée, à savoir la charge de deux enfants en bas âge atteints d'autisme sévère.

Sur demande de l'OAI, le Dr T. _____ s'est déterminé sur le rapport du Dr X. _____ précité par avis médical du 10 août 2023. Il a affirmé que les déclarations du médecin généraliste de l'assuré ne

fournissaient aucun élément clinique ou iconographique pour appuyer les diagnostics évoqués, rappelant pour le surplus que le rapport des médecins de la F._____ du 7 janvier 2022 évoquait uniquement un moral abaissé et qu'une évaluation psychiatrique n'avait pas été estimée nécessaire. Ce médecin en a conclu qu'il ne disposait d'aucun élément pour envisager l'existence d'une atteinte incapacitante somatique ou psychologique.

Par courrier du 11 août 2023, l'OAI a transmis l'avis du Dr T._____ au conseil de l'assuré, indiquant qu'au vu des conclusions de ce médecin, son projet de décision serait confirmé.

Par deux décisions du 6 septembre 2023, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} juin 2019 au 29 février 2020, puis du 1^{er} avril 2021 au 28 février 2023. Il a en substance retenu que celui-ci ne pouvait plus exercer son activité habituelle de maçon depuis le 4 juin 2018 et qu'il avait présenté une incapacité de travail et de gain totale dans toute activité lucrative dès cette date, de sorte qu'au terme du délai légal d'une année, soit le 1^{er} juin 2019, il avait droit à une rente entière, basée sur un degré d'invalidité de 100 %. Dès le 5 novembre 2019, la capacité de travail était de 90 % dans une activité adaptée, tel qu'un travail simple dans le domaine industriel léger, par exemple le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, le métier d'ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères ou dans le conditionnement léger et qui respecte les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port répété ou prolongé de charges supérieures à dix kilogrammes, pas de marche en terrain irrégulier, pas de marche prolongée ou répétée, pas de position statique debout, pas de réalisation répétée d'escaliers, d'utilisation d'échelles ou de travail sur les toits, pas de position accroupie ni à genoux, pas d'activité sollicitant de manière répétée le poignet droit et pas d'activité en force avec le poignet droit. Au vu de cette capacité de travail et de gain retrouvée, l'OAI a supprimé tout droit à une rente avec effet au 29 février 2020, c'est-à-dire à l'issue du délai légal de trois mois d'amélioration de la capacité de

travail et de gain constatée le 5 novembre 2019. Considérant que l'assuré avait à nouveau présenté une incapacité de travail totale dans toute activité dès l'arthrodèse du 16 avril 2021, le droit à une rente entière lui a été rouvert dès le 1^{er} avril 2021. Cette rente devait être supprimée dès le 1^{er} mars 2023, soit à l'échéance du délai légal de trois mois à compter de l'amélioration de la capacité de travail et de gain constatée le 2 novembre 2022.

B. Par acte du 4 octobre 2023, E._____, représenté par son conseil, a recouru contre les deux décisions rendues le 6 septembre 2023 par l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois, concluant, sous suite de frais et dépens, à leur réforme en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2019 au 29 février 2020, puis du 1^{er} avril 2021 au 28 février 2023, la cause étant renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision portant sur le droit à la rente entre le 1^{er} mars 2020 et le 31 mars 2021 et à partir du 1^{er} mars 2023. Le recourant conteste l'appréciation de l'OAI sur le plan de sa santé psychiatrique, considérant que cet office ne pouvait pas se fonder sur l'absence d'investigations psychiatriques menées par la F._____ pour admettre qu'il ne présentait aucun trouble de cet ordre. Il soutient que les médecins de cette clinique n'avaient aucune raison de s'intéresser à sa santé psychique, puisqu'il avait séjourné dans cet établissement dans le cadre de la prise en charge des troubles somatiques survenus à la suite de son accident du mois de juin 2018. Selon lui, plusieurs éléments du dossier auraient dû inciter l'office intimé à instruire la question de sa santé psychique : la sous-estimation de ses capacités et la perception élevée de son handicap au vu de son anxiété et de sa focalisation sur les douleurs relevées par la F._____ dans son rapport du 9 septembre 2019, la dépression mentionnée par le Dr X._____ dans son rapport du 15 mai 2023, le rapport de la F._____ du 7 janvier 2022 recommandant la mise en œuvre d'un suivi psychothérapeutique, ou encore son effondrement lors de l'entretien du 4 octobre 2022 avec la Dre B._____. Le recourant a également fait mention d'un suivi débuté auprès du H._____.

Par réponse du 16 novembre 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours, faisant valoir que les pièces du dossier ne permettaient pas de conclure à l'existence d'une atteinte psychiatrique invalidante. Il a allégué que le rapport médical du Dr X._____ du 15 mai 2023 ne fournissait aucun élément clinique ou iconographique à l'appui d'un diagnostic sur le plan psychiatrique. Lors des deux séjours de l'assuré à la F._____, les médecins de cette clinique avaient en outre relevé que le moral de leur patient était bon et n'avaient diagnostiqué aucune psychopathologie. À l'appui de son écriture, l'intimé a produit un avis du SMR du 31 octobre 2023, duquel il résulte notamment que le Dr T._____ a reparcouru les différents rapports médicaux versés au dossier et n'a pas relevé de plaintes sur le plan psychiatrique. Selon ce médecin, l'effondrement du recourant à l'examen de la Dre B._____ du 4 octobre 2022 ne signifiait pas encore que celui-ci souffrirait d'une pathologie psychique, une dépression nécessitant une baisse de l'humeur sur au moins quinze jours consécutifs. Somme toute, seul le rapport du médecin généraliste du recourant évoquait un état dépressif, au sujet duquel le SMR avait déjà souligné l'absence d'éléments concrets anamnestiques, cliniques ou thérapeutiques étayant ce diagnostic.

Le recourant a confirmé ses conclusions par courrier du 2 février 2024, auquel était annexé un rapport du Dr X._____ du 20 octobre 2023. Ce médecin y a mentionné deux consultations du mois de décembre 2019, en raison de douleurs lombaires invalidantes et de douleurs extrêmement importantes liées à la fracture du calcanéum. Sans avoir abordé la question de manière détaillée avec son patient compte tenu du suivi spécialisé mis en place auprès du Q._____, le Dr X._____ a constaté, à l'examen clinique, une démarche objectivement très algique avec une importante boiterie, ainsi qu'un talon et une cheville extrêmement douloureux à la palpation et à la mobilisation active et passive. La position assise ne pouvait pas être maintenue plus de deux à trois minutes, un changement de position étant nécessaire sans toutefois trouver du confort. Se fondant sur le tableau clinique à cette période concernant le talon et le rachis lombaire, ce médecin a affirmé que son patient était inapte à travailler, même à un faible pourcentage, dans

quelque activité que ce soit, contrairement à ce qu'avait indiqué le Dr G._____. En 2020, il avait vu son patient à trois reprises et avait constaté que la situation était restée inchangée.

Le 9 février 2024, le conseil du recourant a produit un rapport médical du 2 février 2024 des Drs D._____ et P._____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin au H._____, auprès desquels un suivi avait débuté le 15 mars 2022. Lors de la première consultation, l'état psychique du recourant était caractérisé par une tristesse de l'humeur, une perte de motivation, une aboulie, une fatigue, une perte d'espoir, une labilité affective, une irritabilité et de la nervosité, une agitation marquée, de l'anhédonie ainsi que des difficultés de concentration et de mémoire. Il présentait aussi des troubles du sommeil (difficultés d'endormissement, réveils fréquents nocturnes et réveils matinaux précoces). Le diagnostic retenu était un épisode dépressif moyen à sévère, avec syndrome somatique. Ils ont optimisé la médication antidépressive déjà en place et fixé des séances de psychothérapie bi-hebdomadaires. Au vu de l'anamnèse, ils ont estimé que leur patient souffrait d'une dépression déjà avant le début de la prise en charge. Selon eux, les troubles psychiques étaient apparus à la suite de l'accident survenu en juin 2018 et des interventions chirurgicales qui avaient suivi, ayant eu des répercussions importantes sur la santé ainsi que sur la situation financière et familiale du recourant. La fatigue et la tristesse liées à la santé de ses deux enfants aînés, atteints d'un trouble autistique nécessitant une prise en charge multidisciplinaire intense et spécialisée, avaient contribué de manière très importante à l'aggravation de son état psychique. Au vu de l'état dépressif diagnostiqué et de la charge mentale consécutive à sa situation familiale, ils ont estimé sa capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée à son état psychique, précisant que l'assuré avait été au bénéfice d'un arrêt de travail à 100 % du 5 au 30 juin 2023. Les Dr D._____ et P._____ ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes sur le plan psychique : hypersensibilité au stress, irritabilité très marquée causant des difficultés relationnelles, fatigue, apparition périodique d'aggravation de l'état psychique avec symptômes dépressifs. Ils ont préconisé la poursuite du suivi psychothérapeutique,

bien investi par le recourant. Au niveau médicamenteux, plusieurs ajustements avaient été nécessaires en raison d'effets secondaires subis par leur patient. Il était selon eux toujours envisageable de modifier le traitement, mais au vu des molécules déjà testées, il était peu probable que la médication amène une amélioration majeure, la psychothérapie restant centrale dans la prise en charge du recourant. S'agissant du pronostic, ces médecins ont indiqué que les troubles somatiques persistants engendrant des douleurs chroniques, les limitations fonctionnelles somatiques, la situation financière difficile et les problèmes de santé chroniques des deux enfants aînés constituaient des facteurs négatifs concernant l'évolution de l'état psychique du recourant.

L'intimé a à nouveau confirmé ses conclusions par courrier du 4 mars 2024, auquel étaient annexés des avis médicaux du SMR des 9 et 19 février 2024. Dans son avis du 9 février 2024, le Dr T._____ a considéré que les douleurs lombaires décrites par le Dr X._____ en décembre 2019 ne pouvaient pas être considérées comme durablement incapacitantes, en l'absence de toute description clinique, d'imagerie ou de limitations fonctionnelles et faute d'indication d'une consultation spécialisée ou d'examens complémentaires concernant cette atteinte. De même, les trois rendez-vous médicaux de 2020 ne traduisaient pas une démarche active de soins, reflétant l'absence de pathologie incapacitante. Dans son avis du 19 février 2024, le Dr T._____ a déclaré que les symptômes décrits par les médecins du H._____ rendaient l'affection diagnostiquée plausible, mais a émis les réserves suivantes : d'une part, la prise en compte importante des facteurs psycho-sociaux (c'est-à-dire la charge mentale secondaire à la situation familiale) dans la fixation de la capacité de travail dans une activité adaptée, d'autre part, le fait que les médecins de la F._____, lors du second séjour du recourant, avaient relevé un moral abaissé en lien avec le contexte familial mais n'avaient retenu aucune psychopathologie, conseillant simplement la mise en place d'un suivi. Ce médecin a dès lors estimé qu'il n'était pas possible de retenir l'existence d'une psychopathologie au début de l'année 2020. De même, il a souligné que s'il résultait des examens cliniques de la Dre B._____ d'octobre 2022 et février 2023 que le recourant était en

souffrance par rapport à sa situation personnelle et familiale, cela était insuffisant pour retenir un diagnostic d'état dépressif moyen à sévère et incapacitant.

Le recourant s'est déterminé le 18 mars 2024.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si la partie recourante ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d).

b) En l'espèce, l'intimé a octroyé au recourant deux rentes entières d'invalidité limitées dans le temps, pour les périodes du 1^{er} juin 2019 au 29 février 2020 et du 1^{er} avril 2021 au 28 février 2023. Ainsi, bien que l'ensemble des périodes concernées par cette décision ne soient pas remises en cause dans le cadre de la procédure de recours, il reviendra à la Cour de céans d'examiner le droit à la rente du recourant pour chacune d'entre elles.

3. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706).

b) En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi d'une rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

c) En l'occurrence, les décisions entreprises sont datées du 6 septembre 2023. Elles portent sur une nouvelle demande déposée par le recourant le 14 décembre 2018, en raison de l'aggravation alléguée de son état de santé depuis la précédente décision rendue par l'OAI le 10 mars 2015. Les éléments déterminants de l'état de fait sont pour la plupart antérieurs au 1^{er} janvier 2022, de même que le début du droit aux deux rentes limitées dans le temps octroyées au recourant du 1^{er} juin

2019 au 28 février 2020, puis du 1^{er} avril 2021 au 28 février 2023. Il convient dès lors d'appliquer l'ancien droit.

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).

c) aa) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). 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 la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière

décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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.

bb) L'art. 17 LPGA s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a RAI (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d). L'art. 88^{bis} RAI n'est en revanche pas applicable dans cette éventualité, du moment que l'on ne se trouve pas en présence d'une révision de la rente au sens strict (ATF 125 V 413 consid. 2d ; TF 9C_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6.2 et les références).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce

changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} RAI est toutefois applicable par analogie. Selon cette disposition, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente celle qui a précédé le premier octroi.

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert 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 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5).

Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2^{bis} LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une

appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

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

d) aa) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1).

bb) Il résulte de ce qui précède que les rapports médicaux produits par le recourant et les avis du SMR produits par l'intimé dans le cadre de la procédure de recours doivent être pris en compte, dans la mesure où ils ont tous trait à la situation médicale du recourant antérieure à la date de la reddition de la décision litigieuse.

6. 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).

7. a) Sur le plan somatique, l'accident dont a été victime le recourant en juin 2018 a entraîné une fracture du calcanéum gauche et du radius distal droit. Il résulte en outre de deux rapports médicaux du médecin généraliste du recourant qu'il aurait souffert de lombalgies en fin d'année 2019 et dans le courant de l'année 2020.

aa) Concernant les lombalgies, il sied de rappeler que l'office intimé a rendu une première décision le 10 mars 2015, par laquelle il a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité, au motif que l'hernie discale L4-L5 dont il souffrait lui permettait de conserver une entière capacité de travail dans une activité adaptée.

Or, les rapports du Dr X. _____ des 15 mai et 20 octobre 2023 ne permettent pas d'admettre que l'état des lombaires du recourant aurait depuis lors évolué dans une mesure de nature à modifier son degré d'invalidité et, partant, son droit à une rente. D'une part, ces rapports médicaux font succinctement état d'une surcharge de la colonne lombaire et de douleurs invalidantes, sans autres précisions. D'autre part, il n'en

résulte pas qu'un traitement ou une consultation auprès d'un spécialiste auraient été prescrits. En outre, aucun autre médecin traitant du recourant n'a mentionné que celui-ci aurait rapporté des douleurs au niveau des lombaires depuis l'accident de juin 2018.

bb) La fracture du poignet droit a été traitée conservativement avec succès, sa prise en charge s'étant terminée à l'issue d'une consultation du 3 décembre 2018 auprès de la Dre Y._____. Cette lésion a toutefois entraîné les limitations fonctionnelles suivantes, fixées par la Dre B._____ dans son rapport du 28 février 2023 : absence de sollicitation répétée du poignet et d'activité en force.

cc) En raison de la fracture du calcanéum gauche, le recourant a dû subir une réduction ouverte et une ostéosynthèse par plaques et vis le 19 juin 2018. Après cette chirurgie, il présentait encore de vives douleurs malgré les séances de physiothérapie prescrites, de sorte que la prise en charge de cette atteinte s'est poursuivie. En sus du traitement physiothérapeutique, le recourant s'est soumis à une injection de cortisone le 3 janvier 2019, puis a subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse le 8 mars 2019. Cette dernière intervention a permis d'améliorer les amplitudes de la cheville et de l'articulation sous-talienne, mais les douleurs persistaient et nécessitaient encore l'utilisation de béquilles pour les déplacements (cf. notes de consultation du Dr G._____ du 17 décembre 2018 ; rapport médical du Dr G._____ du 6 février 2019 ; notes de consultation du Dr G._____ du 29 avril 2019).

Un séjour de rééducation intensive auprès de la F._____ au mois de juillet 2019 n'a pas non plus permis de réduire les douleurs. Celles-ci restaient invalidantes et intolérables à la marche sans l'aide d'une canne (cf. notes de consultation du Dr G._____ du 28 août 2019).

Au vu de ce qui précède, il n'est pas contestable ni au demeurant contesté que le recourant a subi une nouvelle atteinte durable à sa santé somatique depuis la décision du 10 mars 2015, qui justifiait la

reconnaissance d'une incapacité de travail totale dès le mois de juin 2018, le délai d'attente d'une année échéant au mois de juin 2019 (cf. art. 28 al. 1 LAI ; consid. 4.b ci-dessus).

b) Par la suite, au mois de novembre 2019, le Dr G._____ a pour la première fois constaté une amélioration de la situation de son patient grâce à la physiothérapie. Les amplitudes étaient bonnes et le recourant présentait moins de douleurs à la charge. Il avait en outre abandonné l'utilisation de la canne pour se déplacer. Ce médecin a ainsi estimé que la reprise d'une activité adaptée était envisageable sans délai à un taux compris entre 80 % et 100 %, à condition que les limitations fonctionnelles suivantes soient respectées : pas de position debout, pas de marche et pas de port de charges (cf. rapport médical du Dr G._____ du 5 novembre 2019 et notes de consultation du 13 novembre 2019).

Le médecin généraliste du recourant a une appréciation différente de la situation. Le Dr X._____ estime en effet qu'en fin d'année 2019 et durant l'année 2020, son patient était en incapacité totale de travailler, dans quelque activité que ce soit, notamment en raison de très fortes douleurs liées à la fracture du calcanéum gauche, intenses à la mobilisation active et passive et présentes de manière significative au repos (cf. rapports médicaux du Dr X._____ des 15 mai et 20 octobre 2023).

Il est constant que de fortes douleurs à la cheville gauche ont été observées par d'autres médecins et il n'est pas nié qu'elles étaient encore présentes lorsque le Dr G._____ a constaté une amélioration de la situation en novembre 2019. Il est cependant établi qu'à cette période, le recourant a enfin pu se dispenser de la canne pour ses déplacements. L'intensité des douleurs avait dès lors assez diminué pour qu'il puisse se mouvoir sans moyen auxiliaire après de longs mois d'utilisation. La mobilité de l'articulation s'était également améliorée. En outre, tant le Dr G._____, que les médecins de la F._____ ont indiqué que malgré les douleurs encore présentes, une activité adaptée restait possible (cf.

rapport médical du Dr G._____ du 5 novembre 2019 et notes de consultation du 13 novembre 2019 ; rapport médical des Drs Z._____ et J._____ du 9 septembre 2019). Les conclusions du Dr X._____ ne sauraient ainsi remettre en cause les avis concordants de deux spécialistes et d'un troisième médecin, étant pour le surplus souligné que de l'aveu même du Dr X._____, cette question n'avait pas été abordée de manière détaillée avec son patient compte tenu du suivi spécialisé mis en place auprès du Q._____.

En conséquence, l'intimé était fondé à suivre les conclusions du Dr G._____ et à retenir qu'en raison de l'atteinte au calcanéum, la capacité de travail du recourant dans toute activité a été nulle du 4 juin 2018 au 4 novembre 2019, puis qu'elle s'est élevée à 90 % dans une activité adaptée dès le 5 novembre 2019, ce qui n'est au demeurant pas contesté par le recourant.

c) Afin de diminuer encore l'intensité des douleurs, le Dr G._____ a émis l'idée d'effectuer une arthrodèse lors d'une consultation du mois de janvier 2020. Il a adressé son patient à la Dre N._____ afin d'obtenir un second avis médical, laquelle s'est déclarée favorable à la réalisation de cette intervention. Après réflexion, le recourant a finalement accepté cette chirurgie au mois de décembre 2020.

L'arthrodèse a été pratiquée le 16 avril 2021 par les Drs N._____ et C._____. En octobre 2021, en présence d'une amélioration post-opératoire stagnante, la Dre N._____ a recommandé un nouveau séjour à la F._____. À l'issue de son hospitalisation dans cette clinique du 30 novembre au 22 décembre 2021, la situation du recourant était pratiquement stabilisée du point de vue médical. Dans leur rapport du 7 janvier 2022, les médecins de la F._____ ont indiqué que la poursuite de la physiothérapie pouvait encore améliorer quelque peu la mobilité articulaire et la musculature, ainsi que les douleurs.

Toujours en vue de diminuer les douleurs, le recourant a encore subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse le 10 mai 2022, laquelle n'a pas eu l'effet escompté. Les Dres N._____ et V._____ ont recommandé une reconversion professionnelle dans leur rapport du 21 juillet 2022. Répondant aux questions de l'intimé par rapport médical du 2 novembre 2022, la Dre V._____ a indiqué que la situation médicale était stabilisée mais que la question de l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée devait être examinée par un médecin du travail, recommandant toutefois la pratique d'une profession sédentaire ne sollicitant pas les membres inférieurs.

Au vu de ce qui précède, l'intimé doit être suivi dans son raisonnement lorsqu'il a considéré que la santé physique du recourant s'était à nouveau durablement aggravée dès le 16 avril 2021, date de l'arthrodèse subie ayant entraîné une longue convalescence et n'ayant pas eu les effets escomptés.

d) La Dre B._____, médecin d'assurance ayant reçu le recourant en vue d'un examen médical sur requête de la CNA les 4 octobre 2022 et 28 février 2023, a confirmé l'avis de la Dre V._____ du 2 novembre 2022, selon lequel la situation médicale était stabilisée. Elle s'est prononcée sur la capacité de travail du recourant qui, selon elle, était entière dans une activité adaptée et a fixé les mêmes limitations fonctionnelles que celles retenues par les médecins de la F._____ dans leur rapport du 7 janvier 2022 : pas de port de charges répétitif ou prolongé de plus de dix kilogrammes, pas de marche en terrain irrégulier, ni de marche prolongée ou répétée, pas de position accroupie ou à genoux, pas de position statique debout, pas d'utilisation d'escaliers ni d'échelles, ni de travail sur des toits.

L'intimé était par conséquent fondé à retenir que le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 3 novembre 2022.

e) Au vu de ce qui précède, l'intimé a retenu à juste titre que la santé physique du recourant s'était aggravée du 4 juin 2018 (date de l'événement accidentel) au 5 novembre 2019 (date de l'amélioration constatée par le Dr G._____ dans son rapport du même jour), pour à nouveau se dégrader pendant la période du 16 avril 2021 (date de l'arthrodèse) au 2 novembre 2022 (date de la stabilisation médicale arrêtée par les Dres V._____ et B._____).

8. a) Sur le plan psychiatrique, le recourant fait valoir qu'il souffrirait d'une pathologie justifiant l'octroi d'une rente d'invalidité. L'intimé considère pour sa part qu'aucun élément ne permettrait de retenir l'existence d'une maladie psychique.

b) Dans leur rapport médical du 9 septembre 2019 établi à l'issue du premier séjour du recourant auprès de la F._____, les médecins de cette clinique ont rapporté que celui-ci se sous-estimait, était anxieux et centré sur ses douleurs. Le recourant lui-même a également fait état d'une dépression dans un questionnaire complété à l'attention de l'office intimé le 15 avril 2021. Puis, dans leur rapport du 7 janvier 2022, les médecins de la F._____ ont mentionné un moral abaissé, ainsi qu'une symptomatologie anxieuse et dépressive les ayant amenés à recommander la mise en place d'un suivi psychologique.

Le rapport établi par la Dre B._____ le 4 octobre 2022 renseigne également sur la santé psychique du recourant. Lors de l'entretien du même jour avec cette médecin, ce dernier s'est effondré en pleurs lorsqu'il a été questionné au sujet de sa famille, sans qu'il n'ait pu se reprendre. L'examen a dû être interrompu et reporté. Le recourant avait toutefois eu le temps d'informer la médecin d'assurance concernant son suivi psychologique et sa médication : il prenait de l'Escitalopram et du Zoldorm et bénéficiait d'un suivi psychologique hebdomadaire.

Par la suite, dans le cadre de sa contestation à l'encontre du projet de décision de l'office intimé du 17 avril 2023, le recourant a produit un rapport médical de son médecin généraliste, duquel il ressort qu'il

souffre d'un trouble dépressif modéré à sévère réactionnel à son état de santé ainsi qu'à une situation socio-familiale extrêmement compliquée (cf. rapport du Dr X. _____ du 15 mai 2023).

Il résulte enfin du rapport médical des Drs D. _____ et P. _____ du 2 février 2024 que leur patient souffre d'un épisode dépressif moyen à sévère et qu'il a consulté le H. _____ la première fois le 15 mars 2022, soit dix-huit mois avant la décision dont est recours. Il est précisé qu'il avait consulté auparavant une psychologue qui lui avait conseillé la mise en place urgente d'un suivi psychiatrique et psychologique. Ces médecins ont estimé que les troubles avaient commencé à apparaître quelques temps après l'accident de juin 2018. Ils ont considéré que l'incapacité de travail du recourant était de 50 %, la capacité résiduelle pouvant être utilisée dans une activité adaptée à son état psychique. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : hypersensibilité au stress, irritabilité très marquée causant des difficultés relationnelles, fatigue, apparition période d'aggravation de l'état psychique avec symptômes dépressifs. Ils ont attesté une incapacité de travail à 100 % du 5 au 30 juin 2023.

Ainsi, tant les médecins de la F. _____ que le médecin généraliste du recourant ont fait état d'une symptomatologie dépressive, et non d'une simple baisse de moral, contrairement à ce qu'a retenu le SMR, suivi par l'OAI. L'intimé avait également connaissance de la médication antidépressive prise par le recourant et du suivi psychologique hebdomadaire mis en place. Le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère a en outre été confirmé par les médecins en charge du suivi psychiatrique du recourant, lequel a même bénéficié d'un arrêt de travail complet de quatre semaines en juin 2023.

Compte tenu de ces éléments, la Cour de céans constate que l'intimé s'est focalisé sur l'instruction menée par la CNA, sans toutefois procéder à une quelconque instruction sur le plan psychiatrique, élément qui n'avait pas à être investigué par la CNA, respectivement par la F. _____, faute de lien de causalité adéquate entre l'accident du 4 juin

2018 et les troubles constatés (rapport du 4 octobre 2022 de la Dre B._____, p. 10).

c) Au vu des considérants qui précèdent, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'office intimé - à qui il incombe au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi notamment à l'OAI de solliciter un rapport médical du H._____ ainsi que de la psychologue ayant suivi l'intéressé antérieurement. Il appartiendra ensuite à l'intimé, en fonction des documents médicaux transmis, d'examiner s'il y a lieu de mettre en œuvre une expertise psychiatrique conformément à l'art. 44 LPGA, destinée à examiner le tableau psychiatrique présenté par le recourant et ses répercussions sur la capacité de travail de celui-ci, puis de rendre ensuite une nouvelle décision statuant sur le droit aux prestations du recourant.

9. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'autorité intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge d'office intimé, vu l'issue du litige.

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

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

- I. Le recours est admis.
- II. Les deux décisions rendues le 6 septembre 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont annulées, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis 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 E. _____ une indemnité de dépens de 2'000 fr. (deux mille francs), débours et TVA inclus.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Inclusion Handicap, à l'att. de Me Karim Armand Hichri (pour E. _____),
- 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 :