

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2022 / 297 vom 14. Juni 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-06-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2022\\_\\_297](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2022__297)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2022 / 297 du 14 juin 2022

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2022 / 297 del 14 giugno 2022

### Regeste

RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, RENTE D'INVALIDITÉ | 4 LAI, 17 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

### Erwägungen

#### E. 14

juin 2022 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Dessaux , présidente Mmes Gabellon et Pelletier, juges assesseures Greffière : Mme Berseth \*\*\*\*\* Cause pendante entre : M. \_\_\_\_\_ , à [...], recourant, représenté par Me Marine de Saint Leger, avocate à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD , à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6, 7, 8 al. 1 et 17 LPGA ; art. 4 al. 3 LAI E n f a i t : A. a) M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], était employé en qualité de monteur en ascenseurs auprès de [...] depuis juillet 1995. Le 4 août 2016, il s'est blessé à la cheville droite en descendant dans la fosse d'un ascenseur, d'une profondeur d'environ un mètre. Après avoir mené à terme sa journée de travail sans ressentir d'impotence dans la charge ni à la marche, il a consulté le Service des urgences du L. \_\_\_\_\_ (ci-après : L. \_\_\_\_\_) le 7 août 2016. Au status, la cheville droite ne présentait ni tuméfaction, ni hématome ; la palpation et la mise sous tension du ligament latéral externe étaient sensibles ; le reste de la cheville, du péroné et de l'avant-pied était indolore ; aucun trouble neurovasculaire n'était présent, les radiographies du genou et de la cheville n'avaient pas révélé de lésions osseuses. Compte tenu de ces constatations, les diagnostics d'entorse bénigne du genou droit et d'entorse de stade 1 du ligament latéral de la cheville droite ont été posés et un arrêt de travail a été prescrit (cf. rapport du 8 août 2016 du Dr D. \_\_\_\_\_). La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge le cas. Après une brève tentative de reprise d'activité à six semaines de l'accident, d'abord à 100%, puis à 50%, l'assuré s'est à nouveau retrouvé en totale incapacité de travail dès le 25 novembre 2016. En raison de la persistance des douleurs à la cheville et au niveau lombaire, l'assuré a consulté le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un rapport du 6 janvier 2017, le chirurgien a relevé que la marche était sans boiterie, le mouvement pointe-talon sans particularité, l'arrière-pied en valgus physiologique, se réduisant sur la pointe des pieds ; il a également mis en évidence une flexion et une extension de la cheville complètes et symétriques. Il n'existait pas de trouble neurovasculaire du membre inférieur et l'état cutané était « en ordre ». Le Dr C. \_\_\_\_\_ précisait qu'une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du 3 octobre 2016 avait mis en évidence un œdème sous-talien et une suspicion de fracture-chondrale de la tête du talus. L'assuré a séjourné du 22 février au 22 mars 2017 à la N. \_\_\_\_\_ (ci-après : N. \_\_\_\_\_). Dans leur rapport du 10 avril 2017, les Drs Z. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_, respectivement spécialiste en

rhumatologie et spécialiste en médecine physique et réadaptation, ont retenu les diagnostics d'inversion forcée de la cheville droite au travail en date du 4 août 2016, de fracture sous-chondrale de la tête du talus droite ainsi que d'œdème sous-talien révélés par l'IRM du 3 octobre 2016, de lombalgie d'origine musculo-squelettique non spécifique irradiant dans le membre inférieur gauche (douleur référée non radiculaire), de discret trouble statique (bascule du bassin, attitude scoliotique plutôt que scoliose, cyphose dorsale à long rayon de courbure, lordose lombaire peu prononcée et discrète rétroversion du bassin), de discopathies dégénératives lombaires étagées, de quelques séquelles de dystrophie rachidienne de croissance dorsale et lombaire haute, et de surpoids. Les Drs Z. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ ont indiqué que la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et ont préconisé la poursuite de la rééducation. S'agissant de l'examen des chevilles et des pieds, ils ont fait les constats suivants : « Inspection : pied droit légèrement rougeâtre. Légère différence de température . A droite température dorsale du pied 33.4°C ; à gauche 34.6°C. Plante du pied à droite 31.3°C ; à gauche 33.5°C. Périmètres : péri-malléolaire 25 cm ddc [des deux côtés], et médio-pied 26 cm ddc. Pieds normo-axés. Arrière-pied en valgus physiologique ddc. Palpation : douleurs à la palpation des malléoles et du sinus tarsien. Palpation des poulx pédieux et en rétro-malléolaire présents et symétriques. Mobilité et amplitudes : extension-flexion 20°-0-50° ddc. Inversion-éversion 100 % ddc. Pas de limitation articulaire. Stabilité : stabilité latérale normale. Pas de tiroir antérieur. Syndesmose non douloureuse ddc [des deux côtés]. » Dans un rapport du 19 avril 2017, le Dr C. \_\_\_\_\_ a indiqué que le status du pied droit était identique à celui prévalant au précédent examen. Il a précisé que l'IRM de contrôle pratiqué à la N. \_\_\_\_\_ le 2 mars 2017 montrait une régression quasi-complète de l'œdème sous-talien et l'absence de signe de nécrose du talus. Le chirurgien retenait une bonne évolution de la cheville droite et préconisait une consultation auprès de spécialistes du rachis pour les lombosciatalgies non déficitaires irradiant aux deux membres inférieurs. Dans un rapport du 2 mai 2017, le K. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et chef de service à [...], a constaté une diminution de la mobilité du rachis par la douleur, surtout en inclinaison droite, en flexion et en extension, ainsi qu'une cheville droite en ordre. Il a retenu une bonne évolution de l'entorse de la cheville droite, parallèlement à des lombocruralgies gauches prédominantes, non déficitaires, possiblement en rapport avec un syndrome facettaire. Le 7 juin 2017, l'assuré a été reçu à la consultation du Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin associé auprès de l'Unité de chirurgie spinale du L. \_\_\_\_\_. Dans un rapport non daté, ce praticien a conclu à l'existence de lombalgies avec des sciatalgies bilatérales accompagnées d'un probable déconditionnement musculaire important et assorti d'un raccourcissement des chaînes postérieures non négligeable provoquant des douleurs aux membres inférieurs. Selon un rapport du Prof. K. \_\_\_\_\_ du 30 juin 2017, l'assuré a évoqué des douleurs devenues plus intenses au niveau lombaire avec irradiations à la face antérieure de la cuisse et à la face externe des deux jambes, surtout à gauche, accompagnées d'une gêne à la marche majeure, ainsi que des douleurs et un tremblement des membres inférieurs imposant un arrêt après 100 mètres. A l'examen clinique, le Prof. K. \_\_\_\_\_ a retenu une aggravation de la symptomatologie et a ordonné une nouvelle IRM à la recherche d'une éventuelle compression radiculaire. Par communication du 22 août 2017, la CNA a refusé de prendre en charge les troubles présentés par l'assuré à la colonne vertébrale lombaire, faute de lien de causalité certain, ou du moins vraisemblable, avec l'événement du 4 août 2016. Dans un rapport du 21 septembre 2017, les Drs P. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_, respectivement

spécialiste en neurologie et médecin assistant à la Consultation spécialisée de l'unité Nerf-Muscle du L. \_\_\_\_\_, ont émis les constatations suivantes : « Conclusions, traitement et évolution Le patient présente des troubles de la marche avec une limitation fonctionnelle, suite à une entorse bénigne de la cheville droite il y a une année, avec des signes suggestifs d'une dysautonomie rapportée (œdème de la cheville, changement de la couleur) par à-coups. Néanmoins, ces symptômes, et notamment les troubles de la marche, sont inconstants avec plusieurs inconsistances cliniques. En effet, le patient présente des mouvements non rythmiques, irréguliers, scandés, d'amplitude et de fréquence différentes lors de la marche ou de la station debout, présentant un fort élément de suggestion, ainsi qu'une modification de la symptomatologie sous distraction. Le caractère de ce mouvement, ainsi que l'examen neurologique normal, hormis des signes de surcharge fonctionnelle, sont rassurants quant à une origine organique. Nous n'avons notamment pas d'arguments en faveur d'un tremblement orthostatique, d'un syndrome extra-pyramidal, d'une myélopathie, d'un syndrome radiculaire, d'une myopathie ou d'une lésion centrale. En ce qui concerne les épisodes paroxystiques d'érythème du pied pouvant évoquer un syndrome régional douloureux, M. M. \_\_\_\_\_ nous montre ce jour plusieurs photos qu'il a lui-même prises lors de ces épisodes. Notons une discrète différence de la coloration de la peau, sans œdème associé, pour ce qui est visible sur les photos. Monsieur décrit son pied parfois rouge, parfois violacé et même parfois noir, très algique sans notion d'hyper/hyposudation. L'étude de la conductance du chlore revient dans la norme, rendant l'hypothèse d'une dysautonomie peu probable. La durée prolongée de ces épisodes (2-3 jours à la fois) est également inhabituelle pour un syndrome régional douloureux. L'origine reste donc indéterminée, une composante fonctionnelle est probable. Nous restons à disposition de compléter le bilan par un enregistrement électrophysiologique. Nous incitons le patient à reprendre une activité sportive régulière, à poursuivre la physiothérapie. » Dans un rapport du 13 novembre 2017, le Dr S. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a rendu compte de son examen clinique en ces termes : « Appréciation : (...) M. M. \_\_\_\_\_, qui est venu avec sa fille, dit que les tremblements dont il est maintenant affligé et qui l'empêchent de marcher normalement ont commencé à Sion, même si rien n'est mentionné dans le rapport de sortie de cet établissement, et qu'ils se sont aggravés progressivement par la suite. Ils apparaissent de manière inopinée, même lorsque le patient est assis ou couché, mais systématiquement quand il se met debout, entravant considérablement la marche, qui est parfois totalement impossible. Selon le patient, ils seraient en relation avec des douleurs résiduelles de la face interne du pied D [droit], notamment du talon, mais sans lien avec des lombo-cruralgies qu'il n'évoque même pas, insistant sur le fait qu'il allait parfaitement bien avant l'accident. Il conduit quand même sa voiture sur de courts trajets. En station debout, le patient est inexaminable. Il danse littéralement sur place, se tenant sur la pointe des pieds, les genoux légèrement fléchis, incapable de rester immobile, agité de tremblements d'amplitudes et de fréquence variables, strictement limités au MI [membres inférieurs], qui vont complètement s'arrêter une fois qu'il sera couché. En décubitus dorsal, la cheville D a un aspect parfaitement normal avec une artère tibiale postérieure dont on voit la pulsation mais comme à G [gauche]. Il n'y a aucun signe réactif manifeste. Il n'y a pas de discoloration, pas de différence de température entre les chevilles. Les téguments sont sp. [sans particularité]. Le pied D est transpirant mais pas plus que le G. La mobilité de la tibio-talienne est complète et symétrique. La sous-talienne n'est pas enraidie. Il n'y a pas de laxité anormale, les tendons péroniers sont en place. On note une discrète amyotrophie du mollet D mais le tonus et la force musculaire

sont conservés à tous les niveaux. La coque talonnière est totalement indolore à la palpation. Il n'y a pas d'allodynie, pas de Tinel, notamment au niveau de la branche calcanéenne du nerf tibial postérieur. Les callosités sont bien marquées, normalement réparties, symétriques. L'IRM de contrôle de la cheville D, réalisée le 02.03.2017, lors du séjour à la N. \_\_\_\_\_, ne montre pas de lésions significatives. A noter également un examen neurologique avec ENMG [électroneuromyogramme] le 08.03.2017, sans anomalie objectivable. Pour ma part, je n'identifie pas de séquelles de l'accident du 04.08.2016. Le tableau clinique actuel est dominé par des mouvements anormaux qui semblent d'origine psychogène. » Par décision du 20 novembre 2017, la CNA a mis un terme à ses prestations avec effet au 26 novembre 2017, au motif que les troubles subsistants n'étaient plus dus à l'accident du 4 août 2016. b) Le 14 décembre 2017, l'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision. Il a produit des photographies de son pied droit prises entre le 1<sup>er</sup> et le 11 décembre 2017 ainsi que des rapports médicaux, parmi lesquels : - un rapport du 24 novembre 2017 du Dr C. \_\_\_\_\_, qui a observé des tremblements de tout le corps en position debout et constaté l'absence de trouble trophique des membres inférieurs, un état cutané en ordre, une cheville en flexion et extension complète et symétrique, stable dans les deux plans, une marche talon -pointe impossible, des douleurs électives à la palpation et à la mise sous tension du tibial postérieur, qui restait compétent, et une allodynie aux deux membres inférieurs, - un rapport du 11 décembre 2017 du Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, retenant le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe (ci-après également : SDRRC, CRPS [Complex Regional Pain Syndrom], maladie de Südeck ou algoneurodystrophie) après possible fracture du calcanéum droit et d'état dépressif réactionnel. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ rapportait des douleurs et des sensations de chaud, de chaud et de froid ainsi que de transpiration au pied droit. Il concluait à l'existence d'une symptomatologie de syndrome douloureux complexe régional au membre inférieur droit « dont l'origine pouvait être en traumatisme direct au mois d'août 2016 » (sic), - un rapport du 12 décembre 2017 du Prof. K. \_\_\_\_\_ constatant une légère sudation du pied droit et, sur la base des photographies présentées par l'assuré, un œdème et une modification de la coloration du pied. A l'examen, la zone la plus douloureuse était la palpation rétro-malléolaire interne. Aucune modification de la sensibilité du pied n'était observée. Le Prof. K. \_\_\_\_\_ relevait encore que la station debout et la marche étaient, selon les douleurs, parasitées par des mouvements incontrôlés de l'ensemble du membre inférieur droit, mouvements qui avaient déjà été explorés en neurologie et étaient restés sans explication autre que fonctionnelle. Le Prof. K. \_\_\_\_\_ a conclu que ses constatations étaient compatibles avec un CRPS. A l'issue d'une nouvelle appréciation du 29 décembre 2017, le Dr S. \_\_\_\_\_ a observé que les lésions mises en évidence sur l'IRM du 3 octobre 2016 n'étaient plus visibles sur l'IRM de contrôle du 2 mars 2017 et que le diagnostic de CRPS posé par le Dr Q. \_\_\_\_\_ ne reposait que sur des éléments anamnestiques. Il a rappelé que ce diagnostic était essentiellement clinique, avec pour exigence la vérification d'un certain nombre de critères, dits de Budapest, non réunis en l'espèce, de sorte qu'il ne pouvait être retenu au degré de la vraisemblance prépondérante, l'impression dominante étant clairement celle d'un trouble fonctionnel. La CNA a rejeté l'opposition de l'assuré le 5 janvier 2018, estimant que l'intéressé ne présentait pas de séquelles de son accident du 4 août 2016, que le diagnostic de CRPS pouvait être exclu et que le tableau clinique était dominé par des mouvements anormaux qui ne pouvaient pas s'expliquer d'un point de vue organique et qui semblaient d'origine psychogène. L'accident ayant au demeurant été de peu de gravité, aucun lien de causalité adéquate entre lesdits troubles psychogènes et

l'événement accidentel ne pouvait non plus être retenu. c) Par acte du 2 février 2018, l'assuré, désormais représenté par Me Jean-Michel Duc, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, arguant qu'il était établi de manière convaincante qu'il était atteint d'une maladie de Südeck. A l'appui de sa contestation, il a notamment produit un rapport du 9 février 2018 du Dr Q. \_\_\_\_\_ et un rapport du 15 août 2018 du Dr J. \_\_\_\_\_, selon lequel il présentait une diminution de la mobilité de la cheville droite avec un status pouvant évoquer un SDRC. Dans un arrêt du 5 novembre 2018 (AA 26/18 – 132/2018), la Cour de céans a rejeté le recours précité, au motif que les examens des Drs Q. \_\_\_\_\_, P. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_, K. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ n'avaient pas mis en évidence suffisamment de signes cliniques permettant de retenir le diagnostic de CRPS, que le lien de causalité entre l'accident et une telle pathologie pouvait en tous les cas d'emblée être nié faute de remplir les critères cumulatifs fixés par la jurisprudence et que la cheville droite de l'assuré ne présentait plus d'atteinte des suites de l'accident. Le tribunal a également exclu tout lien de causalité adéquate entre l'accident et l'éventuel trouble fonctionnel évoqué par les médecins, l'accident assuré étant indubitablement de peu de gravité. d) Saisi par M. \_\_\_\_\_ le 13 décembre 2018, le Tribunal fédéral a rejeté le recours par arrêt du 10 mars 2020 (8C\_863/2018), sur la base des considérations suivantes : « 4.4 En l'espèce, le docteur S. \_\_\_\_\_ a expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles le diagnostic de SDRC ne pouvait pas être retenu (rapports des 29 décembre 2017 et 31 mai 2018). Ainsi, il a tout d'abord rappelé que pour remplir les critères dits de Budapest, il fallait non seulement que le patient présente un certain nombre de symptômes dans différentes catégories répertoriées, tels qu'hyperesthésie, changement de couleur de peau, asymétrie de température ou de sudation, oedème, altération trophique, changement de pilosité, mais également que des signes cliniques correspondants soient objectivés. Or, lors de son examen clinique du 13 novembre 2017, ce praticien n'avait relevé aucun signe clinique correspondant à un SDRC. L'aspect de la cheville droite était parfaitement normal, il n'y avait aucun signe réactif manifeste, pas de discoloration, pas de différence de température entre les chevilles, des téguments sans particularités, un pied droit certes transpirant mais pas plus que le gauche, une coque talonnière totalement indolore à la palpation et des amplitudes articulaires complètes et symétriques. De plus, l'assuré était en proie à des mouvements anormaux des membres inférieurs ce qui n'était pas compatible avec une algodystrophie, laquelle engendrait habituellement une sous-utilisation, voire une exclusion fonctionnelle du membre touché. Au surplus, le docteur S. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il était improbable que les médecins de la N. \_\_\_\_\_ « aient manqué » le diagnostic de SDRC à l'issue du séjour du recourant du 22 février au 22 mars 2017 alors que ces médecins ont une très grande expérience de cette pathologie, à laquelle ils pensent systématiquement en présence de douleurs persistantes difficilement explicables. Enfin, ce praticien a expliqué de manière détaillée les raisons pour lesquelles il se distançait des conclusions des docteurs Q. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_. Ainsi, le premier avait retenu le diagnostic de SDRC essentiellement sur la base d'éléments anamnestiques. Quant au second, il n'avait relevé qu'un seul signe clinique correspondant aux critères de Budapest, ce qui n'était pas suffisant. Les arguments du recourant ne permettent pas de remettre en cause cette appréciation. Si certaines constatations médicales auxquelles sont parvenus les médecins de la N. \_\_\_\_\_ coïncident certes avec des critères dits de Budapest, ceux-ci n'ont précisément pas retenu le diagnostic de SDRC au terme d'un examen complet (séances de physiothérapie, évaluation des capacités fonctionnelles, examen psychosomatique, stage en ateliers professionnels, évaluation par un spécialiste du rachis, évaluation podologique). En outre, les rapports

établis par le docteur Q. \_\_\_\_\_ ne permettent pas de constater que ce médecin a retenu le diagnostic de SDRC à la suite d'examen cliniques. En effet, dans son rapport du 11 décembre 2017, il fait état de certains symptômes correspondant aux critères de Budapest uniquement dans l'anamnèse, sans mentionner de signes cliniques objectivables. Puis, dans son rapport du 9 février 2018 - dont la cour cantonale a tenu compte (cf. p. 9 du jugement attaqué) - il se limite à indiquer, en réponse à un questionnaire, que le recourant « présentait une hyperalgésie de la région de la cheville et du talon, des anomalies de la coloration de températures cutanées, des anomalies de sudation, [une] faiblesse musculaire et des tremblements ». Quant au docteur J. \_\_\_\_\_, il relève que le recourant « présente une diminution de la mobilité de la cheville droite avec un status pouvant évoquer un syndrome douloureux régional complexe », sans motiver son appréciation ni mentionner un quelconque examen clinique. S'agissant de l'avis du docteur K. \_\_\_\_\_, le recourant ne conteste pas que ce médecin n'ait fait état que d'un seul signe clinique correspondant aux critères de Budapest. Enfin, en tant que le recourant se réfère au rapport du docteur V. \_\_\_\_\_ du 3 novembre 2018, qu'il a produit en annexe du recours fédéral, celui-ci n'a pas été versé à la procédure cantonale, il s'agit donc d'une preuve nouvelle qui ne peut être prise en considération par la Cour de céans (art. 99 al. 1 LTF). Il s'ensuit que la cour cantonale était fondée à se baser sur l'avis du médecin d'arrondissement de l'intimée et à nier l'existence d'un SDRC sans qu'il fût nécessaire d'ordonner une expertise médicale. 4.5 Vu ce qui précède, il n'y a pas lieu d'examiner le second grief du recourant en tant qu'il invoque un lien de causalité entre l'accident du 4 août 2016 et le SDRC dont il dit souffrir ».

B. a) Entretemps, le 21 mars 2019, M. \_\_\_\_\_, toujours par l'entremise de son mandataire, a déposé une demande de révision de l'arrêt cantonal du 5 novembre 2018. A l'appui de sa demande, il a produit un rapport d'expertise privée du 16 décembre 2018 du Prof. G. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel, se fondant notamment sur un examen mis en œuvre par le Laboratoire de Cinésiologie [...] du Département de chirurgie des T. \_\_\_\_\_ (ci-après : T. \_\_\_\_\_) le 11 décembre 2018, retenait les diagnostics de status post syndrome de Südeck, de status post fractures sous-chondrales du talus, du calcaneum et de la malléole externe, de status post probable fracture de tassement de D12 et de mouvement (tremor) anormal du membre inférieur droit séquellaire à un Südeck. Le Prof. G. \_\_\_\_\_ précisait notamment que l'évolution d'un traumatisme banal vers une maladie de Südeck ou un syndrome de douleur chronique était bien acceptée et largement décrite dans la littérature médicale comme étant une séquelle reconnue d'un traumatisme banal, et que, dans le cas de l'assuré, les fractures sous-chondrales du talus, du calcaneum et de la malléole externe, accompagnées d'un tassement vertébral de D12, avaient, avec certitude, évolué vers une maladie de Südeck ou CRPS type I (sans lésions des nerfs périphériques) ou II (avec lésion des nerfs périphériques). Le Prof. G. \_\_\_\_\_ en concluait que les douleurs et mouvements anormaux présentés par l'assuré étaient bien réels et en lien direct avec l'accident du 4 août 2016. A l'appui de sa demande de révision, l'assuré a encore produit un rapport final de stage du 26 juin 2019 du Service de l'Emploi et la Fondation [...], dont il ressort qu'un stage débuté le 24 juin 2019 auprès de F. \_\_\_\_\_ avait dû être interrompu le 26 juin suivant en raison de son état de santé, ainsi qu'un rapport du 3 novembre 2018 du Dr V. \_\_\_\_\_, retenant les diagnostics de neuropathie résiduelle par étirement du nerf sural et des branches calcanéennes latérales à l'origine d'un syndrome douloureux chronique de la cheville et du pied droits sous forme d'allodynie, de status après entorse par inversion forcée de la cheville droite le 4 août 2016 à l'origine d'un étirement du ligament talo-fibulaire postérieur

s'accompagnant dans le même temps d'une fracture sous-chondrale de la tête du talus droit, d'un oedème sous-talien résiduel et d'algoneurodystrophie CRPS de type II, de trouble de la personnalité histrionique, de lombosciatalgies bilatérales dans un contexte de spondylarthrose pluriétagée et de troubles statiques sous forme de scoliose sinistro-convexe lombaire. Le Dr V.\_\_\_\_\_ a précisé que même si le diagnostic d'algoneurodystrophie CRPS de type II n'avait pas été évoqué lors du séjour à la N.\_\_\_\_\_, l'anamnèse et le status confirmaient cette hypothèse comme cela avait été démontré lors des tests effectués au Centre d'Antalgie du L.\_\_\_\_\_. b) Par arrêt du 11 octobre 2019, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté la demande de révision, les éléments apportés par le requérant ne constituant pas des faits nouveaux permettant de considérer l'arrêt du 5 novembre 2018 comme entaché de défauts objectifs. La Cour de céans a considéré que les rapports médicaux des Drs G.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ et le rapport de cinésiologie des T.\_\_\_\_\_ du 11 décembre 2018 n'apportaient pas d'éléments qui auraient été ignorés dans le cadre de la précédente procédure, mais constituaient tout au plus une appréciation différente de celle retenue par la Cour dans son arrêt du 5 novembre 2018. c) Contesté par le biais d'un recours de droit public, l'arrêt cantonal du 11 octobre 2019 a été confirmé par le Tribunal fédéral dans un arrêt du 25 février 2020, lequel rejetait le grief du recourant tiré de la violation de la garantie d'un tribunal indépendant et impartial. C. a) Dans l'intervalle, le 24 juin 2019, M.\_\_\_\_\_ a annoncé à la CNA une rechute ou des séquelles tardives de l'accident du 4 août 2016, arguant du fait que son pied droit ne tenait plus, qu'au contact de son talon droit par terre, tout son membre inférieur se mettait à trembler, qu'il ressentait des douleurs nocturnes, des douleurs au niveau de la jambe et de l'épaule gauche ainsi que des douleurs constantes au niveau de la cheville droite et de la colonne lombaire. Par décision du 14 juillet 2020, la CNA a refusé d'entrer en matière sur l'annonce d'aggravation ou de rechute, les éléments invoqués par l'assuré ayant déjà été pris en compte dans le cadre des arrêts cantonal et fédéral ayant confirmé la fin des prestations du 26 novembre 2017. b) Frappée d'opposition, cette décision a été confirmée par la CNA le 18 décembre 2020. c) L'assuré a porté cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 29 janvier 2021, maintenant qu'il remplissait toutes les conditions jurisprudentielles permettant de reconnaître qu'il avait souffert d'un CRPS, comme l'avaient d'ailleurs confirmé les Drs K.\_\_\_\_\_, Q.\_\_\_\_\_, J.\_\_\_\_\_, V.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_. Il a fait valoir qu'il ressortait des rapports du Dr V.\_\_\_\_\_ et du Prof. G.\_\_\_\_\_ qu'il souffrait de douleurs à la cheville droite et à la colonne lombaire ainsi que de mouvements anormaux, tous imputables à l'accident du 4 août 2016. Le 11 mars 2021, le recourant a complété son mémoire de recours par le dépôt d'un rapport des Dres W.\_\_\_\_\_ et B.C.\_\_\_\_\_ du 26 février 2021, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie auprès de la Consultation Psychothérapeutique [...] de l'association U.\_\_\_\_\_, répondant aux questions de son mandataire. Les psychiatres ont retenu les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2 ; score de 36/39 sur l'échelle de Beck) et de trouble somatoforme sans précision (F45.9). Elles ont précisé à cet égard qu'un examen électrophysiologique du 30 juillet 2020 avait conclu à un trouble neurologique fonctionnel : l'assuré ne présentait pas d'atteinte nerveuse périphérique ou radiculaire et ses symptômes variaient en amplitude en fonction des émotions et de l'attention que le patient portait à ses membres inférieurs et pouvaient diminuer ou disparaître s'il portait son attention ailleurs. Les Drs W.\_\_\_\_\_ et B.C.\_\_\_\_\_ ont attesté une incapacité de travail de 100% dans tous les types d'activités et précisé que l'assuré rencontrait des difficultés graves à poursuivre ses activités sociales,

professionnelles ou ménagères. Indiquant suivre l'assuré depuis le 4 janvier 2021, elles ont précisé que l'assuré faisait remonter la symptomatologie évoquée à la survenance de l'accident du 4 août 2016, avec une évolution péjorative progressive depuis lors. Dans un arrêt de ce jour, la Cour de céans a rejeté le recours de M. \_\_\_\_\_ et confirmé la décision sur opposition rendue le 18 décembre 2020 par la CNA en ce sens que l'assureur était fondé à ne pas entrer en matière sur l'annonce de rechute et séquelles tardives du 24 juin 2019. Le tribunal a en substance retenu que le diagnostic de CRPS, déjà exclu par des arrêts judiciaires entrés en force, ne pouvait être retenu au titre de rechute ou séquelle tardive, que les douleurs à la cheville droite et les tremblements du membre inférieur droit avaient déjà été également été examinés dans le cadre de ces procédures judiciaires et considérés comme exempts de lien de causalité avec l'accident du 4 août 2016, que les douleurs lombaires sortaient de l'objet de la contestation en tant qu'elles n'avaient pas encore fait l'objet d'une décision formelle sujette à opposition et que les douleurs à l'épaule gauche n'avaient pas été objectivées. Quant aux troubles d'ordre psychique, ils n'avaient été signalés que durant la procédure de recours et sortaient également de l'objet de la contestation, faute d'avoir été examinés par l'intimée dans le cadre de l'annonce de rechute et de séquelles tardives du 24 juin 2019. Il appartenait ainsi à la CNA de statuer sur la demande de décision formelle relative aux troubles lombaires et qu'il était loisible à l'assuré d'annoncer ses troubles psychiatriques en tant que séquelles tardives. D. a) En parallèle à ses démarches vis-à-vis de l'assurance-accidents, l'assuré a déposé le 22 mars 2017 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), au motif qu'il souffrait depuis le 4 août 2016 de lombalgies et de douleurs et limitations fonctionnelles à la cheville droite. Tout au long de l'instruction de cette demande, l'OAI a régulièrement fait verser à son dossier les pièces du dossier de la CNA, de sorte qu'au moment de rendre la décision ici litigieuse, il était en possession de l'intégralité du dossier de la CNA, dont notamment tous les rapports médicaux mentionnés ci-dessus. Dans le cadre de ses propres mesures d'instruction, l'OAI a requis l'avis du Prof. K. \_\_\_\_\_ qui, dans un rapport du 28 août 2017, a retenu le diagnostic de lombalgies chroniques bilatérales depuis janvier 2017, à l'origine de limitations à la marche et dans toute activité physique. Le Prof. K. \_\_\_\_\_ a renvoyé au médecin de famille pour l'évaluation de la capacité de travail, tout en préconisant d'attendre le résultat de l'évaluation neurologique prévue au L. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 21 septembre 2017 des Drs P. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ mentionné p. 4 du présent arrêt) avant d'envisager la mise en œuvre de mesures de réadaptation. Le 17 juillet 2018, l'OAI a reçu copie d'un courrier adressé à l'assuré par P.Q. \_\_\_\_\_, assureur maladie collective d'indemnité journalière, dont il ressortait que l'assureur avait mis en œuvre une expertise et que, suivant les conclusions des experts, elle mettait fin à ses prestations au 31 juillet 2018. L'employeur a résilié le contrat de travail de l'assuré le 9 août 2018 pour le 30 novembre 2018. Dans un rapport du 7 novembre 2018 à l'OAI, le Prof. K. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de CRPS du pied droit atypique après fracture du calcanéum en 2016 et de tremblements du membre inférieur droit d'origine indéterminée, ces atteintes induisant une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée, « depuis quelques mois ». Au titre des limitations fonctionnelles, le Prof. K. \_\_\_\_\_ a mentionné des tremblements des membres inférieurs et des douleurs à la cheville droite à la position debout après quelques minutes. Par l'entremise de Me Jean-Michel Duc, l'assuré a produit à l'OAI le 21 décembre 2018 un rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ du 3 novembre 2018, un rapport d'expertise privée du Prof. G. \_\_\_\_\_ du 16 décembre 2018, ainsi qu'un rapport d'analyse cinésiologique des

T. \_\_\_\_\_ du 11 décembre 2018, également versés au dossier de la CNA. L'assuré a requis de l'OAI qu'il prenne en charge les honoraires du Prof. G. \_\_\_\_\_, par 5'400 francs. Dans un avis du 9 janvier 2019, le Dr H. \_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a préconisé que soit versé au dossier le rapport de l'expertise mise en œuvre par P.Q. \_\_\_\_\_ auprès du F.G. \_\_\_\_\_. Il a aussi relevé que, dès lors qu'on se trouvait dans un domaine apparenté aux « SPECDO » ( syndrome sans pathogénèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique ), il importait de se renseigner quant aux ressources adaptatives de l'assuré, d'autant plus que deux médecins avaient évoqué une psychopathologie (état dépressif selon le rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 11 décembre 2017, et trouble de la personnalité histrionique selon le rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ du 3 novembre 2018). Le Dr H. \_\_\_\_\_ a également conclu au refus de prise en charge des frais d'expertise privée, celle-ci tendant à démontrer un lien de causalité entre les atteintes à la santé et un accident, problématique qui n'était pas de ressort de l'assurance-invalidité. Le 1<sup>er</sup> mars 2019, l'OAI est entré en possession du rapport d'expertise bidisciplinaire du F.G. \_\_\_\_\_ du 25 août 2018, aux termes duquel les Drs L.M. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, et M.N. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont pris les conclusions suivantes : « Sur le plan orthopédique , plus de 20 mois après l'accident, l'examen clinique de Monsieur M. \_\_\_\_\_ montre une cheville droite douloureuse, mais avec une fonction et une stabilité ligamentaire normale. Par contre, il a nettement une hypersudation asymétrique du pied et de la cheville. Le bilan radiologique et IRM de mars 2017 montre une disparition de l'œdème osseux et un complexe ligamentaire externe d'aspect intègre. On peut donc considérer que les suites de cet accident sont guéries avec toutefois des douleurs séquellaires. Le diagnostic de syndrome douloureux régional chronique a été évoqué, reposant essentiellement sur une évaluation clinique. Lors de la présente expertise, les critères de Budapest sont évocateurs, mais l'absence de signes radiologiques et un examen au Sudoscan normal le 21.8.2017, rendent ce diagnostic peu probable. Enfin l'apparition et l'aggravation de tremblements aux 2 membres inférieurs ne sont certainement pas d'origine orthopédique. Les bilans neurologiques au N. \_\_\_\_\_ et au L. \_\_\_\_\_ n'objectivent aucune cause neurologique à ces tremblements et troubles de la marche. Sur le plan professionnel il n'y a pas de diagnostic orthopédique incapacitant, justifiant une incapacité de travail. Les suites de l'entorse sont guéries certes avec des douleurs résiduelles, mais les tremblements et les troubles de la marche ne sont certainement pas d'origine orthopédique. Sur le plan psychique , l'expertisé n'a aucune plainte psychique. Aucun trait de personnalité pathologique n'est relevé tant lors de la description qu'il fait de son caractère, ni dans son histoire personnelle, ni à l'examen psychiatrique. L'expertisé n'a aucune habitude toxique. L'expertisé donne une image de lui parfaitement lisse au niveau psychologique. Il nie toute problématique psychologique ou de facteur de stress psychosocial, notamment des problèmes relationnels au travail. La description des activités quotidiennes nous apprend qu'il reste actif et n'est pas replié socialement. L'examen psychiatrique reste dans les limites de la norme. L'expertisé est euthymique, aucun signe des lignées anxieuse ou psychotique n'est relevé. Aucun signe patent de troubles cognitifs n'est relevé et l'expertisé n'est pas ralenti. Le contenu de la pensée est focalisé sur son problème de cheville, ses difficultés à marcher, qui l'empêchent de travailler. Il met en avant sa volonté de travailler, sa fascination pour son travail qui était valorisant et pour lequel il était très compétent. En conclusion, nous ne retenons aucun diagnostic psychiatrique. Notamment, il n'existe pas de critère pour retenir un syndrome

douloureux somatoforme persistant, en particulier il n'existe aucun facteur psycho-social pouvant expliquer les plaintes douloureuses chroniques. Nous pourrions évoquer éventuellement un possible diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) équivalent d'une "névrose de compensation". Nous ne relevons aucune limitation fonctionnelle d'ordre psychique. L'expertisé peut compter sur des ressources internes et externes. La capacité de travail peut être considérée comme complète dans toute activité sans diminution de rendement ». Les experts ont déduit de leurs constatations que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail, tant dans son activité antérieure que dans toute activité, sans aucune limitation fonctionnelle, du point de vue tant orthopédique que psychiatrique. Le 17 juillet 2019, l'assuré a transmis à l'OAI le rapport final du Service de l'emploi et de la Fondation [...] du 26 juin 2019 dont il ressort que le stage de technicien auprès de F. \_\_\_\_\_ prévu du 24 juin au 26 juillet 2019 avait pris fin le 26 juin 2018, pour des raisons de santé, l'assuré ayant dû être évacué du lieu de stage en ambulance. Ce document a été complété par un rapport d'incident établi par X.Y. \_\_\_\_\_ le 28 octobre 2019. Dans un avis du SMR du 5 mai 2020, le Dr R.S. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il s'alignait sur la position de la CNA et retenait une exigibilité de 100% dès le mois de novembre 2017, le rapport de cinésiologie des T. \_\_\_\_\_ du 8 novembre 2019 (recte : du 11 décembre 2018, reçu par l'OAI le 8 novembre 2019) ne conduisant pas à une solution différente. Par projet de décision du 1<sup>er</sup> juillet 2020, l'OAI a signifié à l'assuré son intention de lui accorder une rente entière du 1<sup>er</sup> septembre 2017, soit six mois après le dépôt de sa demande, jusqu'au 28 février 2018, le droit à la rente étant supprimé pour la période courant au-delà de cette date, le préjudice économique de 13,45 % étant insuffisant pour maintenir le droit à des prestations. Le 28 juillet 2020, l'assuré a fait part de ses objections au projet de décision précité et a conclu à l'octroi d'une rente entière illimitée dans le temps depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2017. A titre subsidiaire, il a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Dans un avis du 1<sup>er</sup> octobre 2020, le Dr R.S. \_\_\_\_\_ a maintenu son appréciation, faisant notamment les observations suivantes : « Discussion : Le représentant de l'assuré, qui menaçait l'AI d'un déni de justice dans sa correspondance du 01.07.20, demande dans le même mois (29.07.20) que l'instruction soit complétée par la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire. De sa motivation, on retient qu'il apprécie de manière différente un même état de fait. Les divergences diagnostiques n'ont jamais été éludées par le SMR et notamment l'occurrence d'un CRPS comme le résumé précité s'en fait l'écho. Des avis spécialisés dans les axes orthopédique comme neurologique ont déjà largement été cités dans le résumé précité, ce qui ne permet pas de justifier de nouveau des volets dans ces axes. Les précédents avis SMR expliquaient déjà pourquoi on ne retenait pas l'expertise mandatée par l'avocat dans le contexte accident comme une plus-value dans le contexte AI. Un trouble fonctionnel paraissait expliquer, par exclusion d'autres pathologies organiques (après bilan détaillé justifiant la complexité du cas et la durée de l'instruction), la symptomatologie aux membres inférieurs (au sujet des tremblements notamment). On rappelle aussi que les conclusions du F.G. \_\_\_\_\_ étaient plus sévère que l'AI lorsque les experts estimaient que même l'AH [activité habituelle] n'était pas compromise. l'AI recommandait toutefois de retenir les LF [limitations fonctionnelles] (pas de positions contraignantes pour la cheville droite, station debout et marche prolongées, marche en terrain irrégulier, ports de charges prolongés et/ou répétitifs de plus de 15-20 kg). Sur ce point, force est de constater que l'activité adaptée décrite dans le stage à l'initiative de l'assurance-chômage ne nous paraît pas pleinement adaptée aux LF objectives retenues. On recommande ainsi une AA [activité adaptée] plus sédentaire. On relèvera sur ce point que la

réadaptation (GED 15.05.20) avait conclu après rencontre de l'assuré (qui ne s'estimait pas capable de retravailler dans quelque activité que ce soit) que l'organisation de mesures en vue d'une reprise de travail (notamment l'aide au placement) était de fait compromise. On retient toujours une pleine aptitude dans une activité adaptée sédentaire respectant les LF. Enfin, le défenseur estime qu'une expertise toxicologique doit être réalisée, ce qui dans cette situation est sans objet. En effet, la iatrogénie médicamenteuse n'a jamais été incriminée dans une situation de secousses incontrôlables unilatérale de la jambe droite diminuant voir cessant totalement l'exécution de la double tâche comme précisé dans l'étude de la marche de l'assuré. Conclusion : Les précédentes conclusions fondant le projet de décision sont maintenues dans leur ensemble. » Par courrier du 2 décembre 2020, l'OAI s'est déterminé sur les objections de l'assuré. Par décision du 27 janvier 2021, l'OAI a confirmé son projet et a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité pour la période courant 1<sup>er</sup> septembre 2017 au 28 février 2018. L'office a retenu que l'assuré avait présenté une incapacité de travail de 100 % du 4 août 2016 au 12 novembre 2017. Dès le 13 novembre 2017, si la capacité dans l'activité habituelle de monteur en ascenseurs restait toujours nulle, il pouvait être exigé de l'assuré qu'il travaille à plein temps dans une activité adaptée à son état de santé, à savoir toute activité qui n'imposait pas de position contraignante pour la cheville droite, pas de station debout ni de marche prolongée ou en terrain irrégulier et pas de ports de charges prolongés et/ou répétitifs de plus de 15 à 20 kilos. Retenant que, sans invalidité, l'assuré aurait gagné 78'289 fr., et que dans une activité adaptée, son revenu se limiterait 67'766 fr. 67, l'OAI a constaté que le préjudice économique de 10'522 fr. 33, correspondant à un degré d'invalidité de 13,44%, ne suffisait pas à maintenir le droit à une rente d'invalidité. Le droit à la rente s'éteignait donc au 28 février 2018, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé telle que constatée le 13 novembre 2017. b) Par acte du 25 février 2021, M. \_\_\_\_\_, désormais représenté par Me Marine de Saint Leger, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de l'OAI du 27 janvier 2021, dont il a conclu, principalement, à la réforme dans le sens de l'octroi du droit à une rente entière d'invalidité illimitée dans le temps et de la mise à charge de l'intimée des frais d'expertise privée, et, subsidiairement, à l'annulation de la décision entreprise, suivie du renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction. Le recourant remet en cause la valeur probante de l'avis du SMR, contestant notamment que ses médecins se rallient à l'appréciation des médecins de la N. \_\_\_\_\_, alors que lors de son séjour à la N. \_\_\_\_\_, il ne présentait pas encore de mouvements anormaux de la jambe droite (Tremor) et que le séjour à la N. \_\_\_\_\_ avait causé une péjoration de ses symptômes (cf. rapports du Dr V. \_\_\_\_\_ du 15 octobre 2018 [recte : du 5 novembre 2018 ensuite de la consultation du 15 octobre 2018] et du Dr C. \_\_\_\_\_ du 19 avril 2017). Le recourant soutient en outre qu'il présente un CRPS et il fait grief au SMR et aux experts du F.G. \_\_\_\_\_ de ne pas avoir motivé les raisons pour lesquelles ils excluaient ce diagnostic, pourtant reconnu par deux professeurs et trois médecins ; il reproche également au SMR de ne pas l'avoir examiné. Au plan économique, le recourant conteste le salaire d'invalidé retenu par l'intimé, estimant qu'il convenait de lui appliquer un abattement de 15% pour tenir compte de son âge, de son absence prolongée du marché du travail et de ses limitations fonctionnelles. Le 11 mars 2021, le recourant a produit un rapport des Dres W. \_\_\_\_\_ et B.C. \_\_\_\_\_ du 26 février 2021, dont il ressort qu'il souffre d'un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2) et d'un trouble somatoforme sans précision (F45.9) provoquant une incapacité totale de travail dans toutes activités. Les psychiatres précisaient notamment suivre l'assuré depuis le 4

janvier 2021. Le 16 mars 2021, le recourant a encore transmis au tribunal un rapport complémentaire du Prof. G. \_\_\_\_\_ du 12 mars 2021 confirmant que ses troubles étaient en lien de causalité avec l'accident du 4 août 2016, tant au plan du rachis, avec une cunéiformisation de la vertèbre D12 susceptible d'avoir comme origine un tassement fracturaire dû à sa chute, qu'au plan de la cheville droite, avec des tremblements, que la littérature considérait comme fréquemment en lien avec un traumatisme médicalement banal et un CRPS. Le Prof. G. \_\_\_\_\_ en concluait que le recourant présentait une totale incapacité de travail en raison des séquelles de son accident. Dans une réponse du 10 juin 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise. Se fondant sur un avis du SMR du 31 mai 2021, il a admis qu'on ne pouvait pas exclure une aggravation de l'état de santé du recourant au plan psychique, qu'il a invité l'intéressé à annoncer dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations. Par réplique du 6 juillet 2021, le recourant a contesté que l'aggravation au plan psychiatrique doive faire l'objet d'une nouvelle demande, ce trouble ayant été constaté dès la première consultation auprès d'U. \_\_\_\_\_, le 4 janvier 2021, soit avant que ne soit rendue la décision entreprise. Il reproche à l'intimé une instruction lacunaire du dossier au plan psychiatrique. Au plan somatique, le recourant maintient souffrir d'un CRPS, conteste les conclusions de la CNA sur ce plan diagnostique, et fait valoir que, quoi qu'il en soit, l'évaluation de l'invalidité par l'assureur-accidents n'a pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité. Enfin, il observe que les lombalgies n'ont jamais relevé de la procédure contentieuse opposant le recourant à la CNA, la communication du 22 août 2017 n'ayant pas fait l'objet d'une décision formelle sujette à recours. A l'appui de cette écriture, le recourant a produit des rapports médicaux déjà transmis avec son acte de recours, ainsi qu'une note d'honoraires de 538 fr. 50 du Prof. G. \_\_\_\_\_ relative à son complément d'expertise, dont il demande la mise à charge de l'intimé. Par duplique du 4 août 2021, l'intimé a maintenu que l'éventuelle aggravation au plan psychique devrait faire l'objet d'une nouvelle demande, puisque de nature différente à l'atteinte, somatique, ayant donné lieu aux prestations accordées par la décision entreprise. Toute nouvelle atteinte ne serait susceptible d'ouvrir le droit à des prestations qu'après un nouveau délai de carence d'une année. S'agissant de l'appréciation de l'atteinte à la santé somatique, l'intimé a indiqué que le SMR avait examiné l'ensemble du dossier avant de conclure à une pleine exigibilité. Par déterminations du 26 août 2021, le recourant a fait valoir que ses problèmes d'ordre psychique étaient antérieurs à janvier 2021, que son médecin traitant avait déjà pris rendez-vous pour lui à la Consultation psychothérapeutique [...] au mois de juillet 2019, comme l'attestait un courrier du 9 juillet 2019 qu'il joignait à son écriture, mais qu'il n'avait pas eu la force de s'y rendre. Le recourant en déduit que l'atteinte psychique doit être traitée dans le cadre de la présente cause. Aux termes d'une écriture spontanée du 22 septembre 2021, le recourant a encore fait valoir qu'en application de la jurisprudence fédérale, l'avis du Dr R.S. \_\_\_\_\_ ne pouvait pas se voir reconnaître de valeur probante, ce médecin ne pouvant se prévaloir d'aucune spécialisation utile à la cause (traumatologie, chirurgie orthopédique, neurologie, rhumatologie, psychiatrie). Le 5 octobre 2021, l'intimé a rappelé la différence entre les rapports établis par le SMR sur la base des pièces au dossier, et ceux rédigés par le SMR à l'issue d'un examen clinique, seuls ces derniers devant, selon la jurisprudence fédérale, émaner de médecins de la spécialité concernée. Par courrier du 21 octobre 2021, le recourant a maintenu que, dans un arrêt récent (TF 8C\_33/2021 du 31 août 2021), le Tribunal fédéral avait exigé que les avis du SMR sur dossier répondent aux exigences générales régissant la valeur probante des rapports médicaux, à savoir « qu'ils doivent être

rédigés en connaissance du dossier (anamnèse) et correspondre à la description de la situation médicale et du contexte ; les conclusions doivent être motivées. Les médecins du SMR doivent alors avoir les qualifications personnelles et du domaine de spécialisation requises dans chaque cas particulier ». Le recourant en veut pour preuve que les SMR d'autres cantons, tel que celui du Valais, indique sur les rapports le domaine de spécialisation de leurs médecins. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Est litigieux en l'espèce le droit du recourant à une rente d'invalidité pour la période courant au-delà du 28 février 2018. Se pose singulièrement la question de savoir si son état de santé a connu une amélioration – dès le mois de novembre 2017 (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], cf. consid. 3b infra) – conduisant à une modification notable de son taux d'invalidité permettant de réviser la rente entière qui lui était accordée depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2017 dans le sens de sa suppression dès le 28 février 2018. 3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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). c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art.

## **E. 17**

LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait 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 – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Les dispositions régissant la révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA s'appliquent par analogie dans l'octroi rétroactif d'une pension progressive ou temporaire (ATF 133 V 263 consid. 6.1 et les références citées). Dans ce cas, le constat d'une modification déterminante doit intervenir entre les faits existant à la date d'ouverture du droit à la rente et la date de la modification du droit, en application de l'art. 88a RAI (TF 8C\_132/2020 du

## **E. 18**

juin 2020 consid. 4.2.2 et les références citées). 4. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) Selon la jurisprudence, les affections psychosomatiques, les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). Il convient d'abord que soit posé par un expert un diagnostic s'appuyant sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit ensuite être analysé 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. 3.6 et 4.1.1). Le

premier groupe d'indicateurs a trait à l'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 déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit 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 sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social – étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). Le second groupe d'indicateurs porte sur l'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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2).

5. Dans le cas d'espèce, l'OAI a essentiellement fondé sa décision sur les pièces des dossiers de la CNA et de P.Q.\_\_\_\_\_, telles qu'analysées par le SMR, pour retenir que le recourant a présenté une totale incapacité de travail du 4 août 2016 au 12 novembre 2017, avant de retrouver, dès le 13 novembre 2017, une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir les activités n'imposant pas de position contraignante pour la cheville droite, pas de station debout ni de marche prolongée ou en terrain irrégulier et pas de ports de charges prolongés et/ou répétitifs de plus de 15 à 20 kilos. De son côté, le recourant conteste la valeur probante des avis du SMR ainsi que des conclusions des experts du F.G.\_\_\_\_\_, estimant qu'il présente toujours des atteintes à la santé somatiques et psychiques induisant une totale incapacité de travail.

a) Le recourant fait notamment grief au SMR de ne pas avoir procédé à un examen clinique et d'avoir confié l'appréciation de son cas au Dr R.S.\_\_\_\_\_, lequel n'est toutefois titulaire d'aucune spécialisation utile au cas d'espèce. Les SMR évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode appliquée dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'OFAS (art. 49 al. 1 RAI). Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis 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 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C\_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

Compte tenu de la liberté du choix des méthodes accordée par l'art. 49 al. 1 RAI au SMR, le recourant ne peut pas être suivi lorsqu'il remet en cause la valeur probante de l'avis de ce

dernier, du simple fait qu'il a renoncé à procéder à un examen clinique. Sur le principe, un assuré n'a pas un droit absolu à être examiné par les médecins du SMR et ces derniers sont habilités à donner leur avis sur la base des pièces au dossier, s'ils estiment qu'elles suffisent pour se prononcer en toute connaissance de cause sur l'état de santé de l'assuré et les conséquences de celui-ci sur la capacité de travail de l'intéressé. Sur le principe, l'absence d'un examen clinique par le SMR ne suffit pas, en soi, à remettre en cause son appréciation de la situation médicale. En outre, c'est à tort que le recourant conteste toute valeur probante aux avis du Dr R.S. \_\_\_\_\_, au motif que ce médecin n'est pas titulaire des spécialisations utiles à la cause, relevant à la fois de la traumatologie, de la chirurgie orthopédique, de la neurologie, de la rhumatologie et de la psychiatrie. Dans ses déterminations spontanées du 22 septembre 2021, le recourant soutient à cet égard que selon un arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 31 août 2021 (8C\_33/2021, consid. 2.2.2), les médecins du SMR doivent avoir les « qualifications personnelles et du domaine de spécialisation requise dans chaque cas particulier ». Force est toutefois de constater que le recourant procède à une lecture biaisée de l'arrêt cité : si cet arrêt rappelle en effet la distinction entre avis du SMR (art. 49 al. 1 RAI) et examen clinique du SMR (art. 49 al. 2 RAI), il précise que les médecins du SMR doivent disposer des qualifications personnelles et professionnelles utiles dans le cas d'espèce (« Die RAD-Arztinnen und -Arzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen », sans aucunement fixer l'exigence d'une spécialisation FMH dans chacune des disciplines concernées par la cause. Cette formulation n'a rien de nouveau puisqu'elle figurait déjà par exemple dans l'arrêt fédéral 9C\_323/2009, consid. 4.3.1, cité dans l'arrêt invoqué par le recourant. Comme le relève d'ailleurs le recourant lui-même, l'arrêt qu'il cite rappelle les principes généraux applicables en matière de valeur probante des rapports médicaux, à savoir que la valeur probante des avis du SMR au sens de l'art. 49 al. 1 RAI répond aux mêmes exigences générales de preuve applicable aux rapports médicaux, en ce sens qu'ils doivent avoir été rédigés en connaissance du dossier (anamnèse) et correspondre à la description de la situation médicale et du contexte, et comprendre des conclusions motivées. Le simple fait que le Dr R.S. \_\_\_\_\_ ne dispose pas d'une spécialisation ne suffit donc pas à priver son avis de toute valeur probante. N'est pas relevant non plus le fait que d'autres SMR de Suisse annoncent la spécialisation de leurs médecins. b) Le recourant s'emploie en outre pour l'essentiel à défendre l'hypothèse selon laquelle il serait atteint, ou aurait été atteint, d'une maladie de Südeck, qui serait notamment à l'origine des tremblements du membre inférieur droit dont il souffre. Son argumentation ne saurait toutefois être suivie. Tous les éléments médicaux qu'il met en avant à cet égard étaient connus de la Cour de céans et du Tribunal fédéral lorsqu'ils ont conclu que le diagnostic de CRPS ou de maladie de Südeck ne pouvait être retenu comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Or, de jurisprudence constante, à partir du moment où une décision judiciaire (ou un jugement) est en force de chose jugée formelle (formelle Rechtskraft), c'est-à-dire est définitive (parce qu'elle ne peut plus être remise en cause par un appel), elle revêt l'autorité de la chose jugée (matérielle Rechtskraft), en ce sens qu'elle est obligatoire pour les parties et les tribunaux. Elle ne peut plus être remise en cause que par la voie qui permet de revoir les décisions judiciaires, à savoir la révision (ATF 127 III 966 consid. 3b/bb ; TF 4A\_292/2017 consid. 3.1). Dans le cas d'espèce, il a résulté de la procédure de recours devant le Tribunal fédéral contre l'arrêt cantonal du 5 novembre 2018 que le diagnostic de CRPS ne pouvait pas être retenu. Le Tribunal fédéral a ainsi confirmé par arrêt du 10 mars 2020 l'arrêt de la Cour de céans niant l'existence d'un CRPS. La même conclusion s'est imposée à l'issue de la procédure de

révision, qui n'a pas abouti, faute pour le recourant d'avoir établi l'existence de faits nouveaux (arrêt de la Cour de céans du 11 octobre 2019, confirmé par le Tribunal fédéral le 25 février 2020). Dans son arrêt du 11 octobre 2019, la Cour de céans avait d'ailleurs relevé que le Dr V. \_\_\_\_\_ avait corrélé temporellement le diagnostic de CRPS avec les tests effectués au Centre d'antalgie du L. \_\_\_\_\_ en août 2017 et qu'il n'apportait aucun élément de diagnostic qui aurait été ignoré dans le cadre de la procédure antérieure au fond et qui aurait été de nature à modifier l'état de fait ayant conduit la Cour à constater dans son arrêt du 5 novembre 2018 que le critère de courte latence n'était pas réalisé. On notera également à cet égard que dans son rapport d'expertise du 16 décembre 2018, le Prof. G. \_\_\_\_\_ a évoqué un status post syndrome de Südeck et un mouvement (tremor) anormal du membre inférieur droit séquellaire à un Südeck, en se fondant sur les rapports médicaux figurant au dossier. C'est dire qu'au moment de son examen, en décembre 2018, il n'a pas constaté l'existence concrète et actuelle d'une telle atteinte mais a estimé qu'elle était survenue antérieurement, à un moment qu'il ne précise pas, sur la base des constatations de ses confrères, dont les rapports avaient été pris en compte par les instances judiciaires cantonale et fédérale dans leurs différents jugements. Le recourant ne peut donc valablement prétendre souffrir de la maladie de Südeck. C'est sans fondement qu'il fait grief aux médecins du SMR et de F.G. \_\_\_\_\_ de ne pas avoir motivé les raisons pour lesquelles ils ont exclu ce diagnostic. c) S'agissant des autres troubles somatiques, force est de constater que les éléments en mains de la Cour de céans ne permettent pas de se prononcer en toute connaissance de cause quant à leurs éventuels effets sur la capacité de travail et de gain du recourant. Il ressort du dossier qu'outre l'entorse de la cheville droite et la vraisemblable fracture sous-chondrale de la tête du talus survenues en 2016, l'assuré présente des atteintes au rachis. Lors du séjour de l'intéressé à la N. \_\_\_\_\_ en février et mars 2017, les Drs Z. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ ont mis en évidence des lombalgies d'origine musculo-squelettique non spécifiques, des discopathies dégénératives lombaires étagées, un discret trouble statique ainsi que quelques séquelles de dystrophie rachidienne de croissance dorsale et lombaire haute dorsale et lombaire haute (cf. rapport du 10 avril 2017). Le Dr C. \_\_\_\_\_ a alors préconisé une consultation spécialisée auprès du Prof. K. \_\_\_\_\_, lequel a constaté des lombocruralgies gauches prédominantes, non déficitaires, possiblement en rapport avec un syndrome facettaire, qui engendraient une diminution de la mobilité du rachis par la douleur (cf. rapport du 2 mai 2017). L'existence de lombalgies avec sciatalgies bilatérales, accompagnées d'un probable déconditionnement musculaire important et assorties d'un raccourcissement des chaînes postérieures, a été confirmée par le Dr X. \_\_\_\_\_ le 7 juin 2017. Plus récemment, le Prof. G. \_\_\_\_\_ a signalé une cunéisation de la vertèbre D12, lui faisant conclure à un status post probable fracture de tassement de D12 (cf. rapport du 15 décembre 2018). De prime abord, ce dernier diagnostic surprend, puisque la radiographie lombaire du 24 février 2017 avait constaté l'absence de fracture, de lésion osseuse et de tassement vertébral, que l'IRM lombaire du 2 mars 2017 avait exclu toute compression des structures nerveuses et qu'aucun médecin ayant examiné les documents d'imagerie depuis lors n'a émis ce diagnostic. En tout état de cause, et au-delà de cette interrogation, on relèvera que le Prof. G. \_\_\_\_\_ ne dit rien de précis des effets incapacitants de cette dernière atteinte, se limitant à indiquer que les troubles du mouvement de la jambe droite ainsi que les douleurs constantes au niveau de la cheville droite et de la colonne lombaire sont les causes prépondérantes d'une incapacité de travail dans l'activité actuelle, et que tant qu'ils ne seront pas réglés, notamment le tremor, aucune activité professionnelle ne serait accessible. Plus généralement, l'évaluation de la capacité

de travail liée aux troubles lombaires est insuffisamment documentée. Le rapport de la N.\_\_\_\_\_ ne permet pas de se déterminer précisément sur la question dans la mesure où, d'une part, il est relativement ancien, et, d'autre part, il fait état d'une situation non stabilisée au plan médical (cf. rapport du 10 avril 2017 p. 5). Quant au volet orthopédique de l'expertise du F.G.\_\_\_\_\_, qui a exclu toute atteinte invalidante, il a discuté exclusivement des éventuels effets incapacitants de l'atteinte au pied droit (« Sur le plan professionnel il n'y a pas de diagnostic orthopédique incapacitant justifiant une incapacité de travail. Les suites de l'entorse sont guéries certes avec des douleurs résiduelles, mais les tremblements et les troubles de la marche ne sont certainement pas d'origine orthopédique » ; cf. rapport d'expertise du 25 juin 2018 p. 19), de sorte qu'il n'est pas utile à l'évaluation des conséquences des troubles du rachis sur la capacité de travail. Le recourant souffre encore de tremblements du membre inférieur droit, signalés pour la première fois par le Prof. K.\_\_\_\_\_ le 30 juin 2017, puis confirmés par les neurologues P.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 21 septembre 2017), le Dr S.\_\_\_\_\_ (cf. rapports des 13 novembre 2017 et 29 décembre 2017), le Dr C.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 24 novembre 2017), le Dr K.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 12 décembre 2017), les T.\_\_\_\_\_ (cf. rapport de cinésiologie du 11 décembre 2018 ) et le Prof. G.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 16 décembre 2018). Les multiples investigations menées n'ont pas permis d'objectiver organiquement ces tremblements, également désignés comme des troubles de la marche. Les médecins ont attribué à ce trouble une origine fonctionnelle ou psychogène, relevant notamment des troubles inconstants et comprenant plusieurs inconsistances cliniques, en présence de mouvements non rythmiques, irréguliers, scandés, d'amplitude et de fréquences différentes et présentant un fort élément de suggestion ainsi qu'une modification de la symptomatologie sous distraction (cf. dans ce sens rapport des Drs P.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ du 21 septembre 2017, rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 24 novembre 2017, rapport d'expertise du F.G.\_\_\_\_\_ du 25 juin 2018, p. 13). Seul le Prof. G.\_\_\_\_\_ attribue ces tremblements aux suites de maladie de Südeck, dont l'existence a toutefois été définitivement exclue, comme développé ci-dessus. Ce trouble étant en définitive de nature psychosomatique, il devrait être examiné à la lumière des indicateurs fixés par le Tribunal fédéral s'agissant de l'évaluation sur la capacité de travail des troubles psychiques et psychosomatiques (cf. consid. 4c supra). Cette nécessité avait d'ailleurs été mise en exergue par le Dr H.\_\_\_\_\_ dans son avis du SMR du 9 janvier 2019, lorsqu'il indiquait qu'on se trouvait dans un domaine apparenté aux « SPEDCO » (syndrome sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique) et qu'il importait de se renseigner quant aux ressources adaptatives de l'assuré, ce d'autant plus que deux médecins avaient évoqué une psychopathologie. Il ressort en effet du dossier que le Dr Q.\_\_\_\_\_ avait retenu un état dépressif réactionnel (cf. rapport du 11 décembre 2017) et le Dr V.\_\_\_\_\_ un trouble de la personnalité histrionique (cf. rapport du 3 novembre 2018). Même si ces deux médecins ne sont pas spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, l'évocation de telles atteintes nécessitait un examen approfondi visant à confirmer ou infirmer de manière circonstanciée ces diagnostics. On relèvera encore qu'il figure au rapport d'expertise du F.G.\_\_\_\_\_ que le recourant s'est vu prescrire du Cymbalta en 2017, pendant deux à quatre semaines, avant d'interrompre le traitement parce que « ça n'allait pas », ce qui peut laisser supposer l'existence de troubles d'ordre psychique. d) Le rapport d'expertise du F.G.\_\_\_\_\_ contient certes un volet psychiatrique, mais il ne peut se voir reconnaître une valeur probante suffisante pour trancher la question des répercussions de l'état de santé psychique du recourant sur sa capacité de travail et de gain. Particulièrement sommaire, ce pan de

l'expertise ne repose pas sur une étude suffisamment circonstanciée des points litigieux. Ainsi, et notamment, le diagnostic de trouble somatoforme persistant est exclu en toute fin de rapport, au stade des conclusions, en une phrase, qui se limite à constater l'absence d'un tel trouble au seul motif que « en particulier, il n'existe aucun facteur psycho-social pouvant expliquer les plaintes douloureuses chroniques », sans qu'une analyse détaillée ponctuée par des conclusions motivées n'explique les raisons d'exclusion de ce diagnostic. Le rapport d'expertise du F.G.\_\_\_\_\_ n'aborde pas non plus le tremblement du membre inférieur droit en tant que trouble fonctionnel ou psychogène, pas plus qu'il ne fait de référence spécifique et développée aux troubles psychiques évoqués par les Drs V.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, pour expliquer les motifs conduisant à leur exclusion. Le volet psychiatrique de l'expertise du F.G.\_\_\_\_\_ semble en outre emprunt de contradictions, puisqu'au stade des conclusions, les experts retiennent qu'ils pourraient « évoquer éventuellement un possible diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) équivalent d'une "névrose de compensation" » (cf. rapport d'expertise p. 19), alors qu'au chapitre intitulé « Comportement de l'assuré lors des examens », les experts ont indiqué « Adéquat : oui », « Démonstratif : non » et « Majorant : non ». En définitive, l'appréciation de la situation médicale et les conclusions de l'expert psychiatre du F.G.\_\_\_\_\_ ne peuvent pas être considérées de claires et bien motivées. Elles ne satisfont pas aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante de rapports médicaux, et ne sont en particulier pas fondées sur les nouveaux standards jurisprudentiels permettant une appréciation concluante des troubles psychiques et psychosomatiques. A cela s'ajoute le fait que l'état de santé psychique du recourant a encore évolué depuis l'expertise du F.G.\_\_\_\_\_. Il ressort en effet des pièces au dossier que le recourant avait été une première fois convié à une consultation auprès de la Consultation Psychothérapeutique pour [...] pour le 16 juillet 2019 (cf. courrier d'U.\_\_\_\_\_ du 9 juillet 2019), convocation qu'il n'avait finalement pas honorée faute d'avoir trouvé le courage de s'y rendre, selon les explications qu'il a fournies dans le cadre de la présente procédure. Il s'est ensuite résolu à entreprendre un suivi régulier auprès de cette structure dès le 4 janvier 2020 (cf. rapport du 26 février 2020 des Dres W.\_\_\_\_\_ et B.C.\_\_\_\_\_). L'instruction menée par l'intimé au plan psychiatrique doit donc également être considérée comme lacunaire. C'est le lieu de relever que c'est à tort que l'OAI soutient que les atteintes d'ordre psychiatrique ne font pas partie de l'objet du présent litige, qu'elles doivent donner lieu à une nouvelle demande et seront soumises à un nouveau délai d'attente d'un an. Comme il a été établi ci-dessus, des atteintes psychiatriques et psychosomatiques sont survenues avant que ne soit rendue la décision litigieuse. Elles doivent être prises en compte dans l'examen du droit aux prestations réglé par la décision du 27 janvier 2021. Il ressort en effet de la jurisprudence du Tribunal fédéral que, sauf exceptions, non réalisées en l'espèce, ce qui est déterminant en droit de l'AI, c'est toujours l'ensemble des atteintes à la santé ayant un impact sur la capacité de travail et de gain, ce qui découle directement des art. 6 à 8 LPGA en relation avec l'art. 4 al. 1 et 2 ainsi que - dans le cas de la rente d'invalidité - des art. 28 ss. LAI. Il ne saurait donc être question que la personne assurée doive toujours accomplir à nouveau le délai d'attente légal si l'incapacité de travail selon l'art. 29 ter RAI a été considérablement interrompue en raison de l'une des nombreuses affections existantes, bien qu'une autre atteinte à la santé - préexistante ou nouvelle - ait entre-temps eu des répercussions importantes sur la capacité de travail (c'est-à-dire d'au moins 20 %). La loi (art. 29 al. 1 LPGA) n'exige pas que la rente d'invalidité soit demandée en fonction des différents troubles de santé, ce qui aurait pour conséquence que le délai de carence de six mois de

l'art. 29 al. 1 LAI devrait être respecté à chaque fois. Au contraire, c'est toujours la première demande (déposée en bonne et due forme et dans les délais) qui est déterminante qui, dans le cadre défini par la jurisprudence (arrêt 9C\_92/2008 du 24 novembre 2008 consid. 3.2 et la référence), préserve en principe tous les droits de la personne assurée qui entrent en ligne de compte selon les circonstances concrètes, y compris ceux qui reposent sur des faits survenus après le dépôt de la demande (TF 9C\_800/2015 du 25 février 2016 considérant 3.2).

6. a) Il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en toute connaissance de cause sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité pour la période courant au-delà du 28 février 2018, et singulièrement sur la question de savoir si l'état de santé de l'intéressé a connu une amélioration dès le 13 novembre 2017, susceptible de conduire à une révision de ses prestations dans le sens de la suppression de sa rente d'invalidité, en application l'art. 17 LPGA. Ni l'état de santé de l'intéressé dans sa globalité, ni les conséquences de cet état de santé sur la capacité de travail résiduelle n'ont été établies de manière probante. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'intimé, dès lors que c'est à lui qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il appartiendra à l'intimé de compléter l'instruction du dossier par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, comprenant au moins des volets psychiatrique, orthopédique et neurologique, le rapport des Dres W.\_\_\_\_\_ et B.C.\_\_\_\_\_ faisant état d'un trouble neurologique fonctionnel ressortant d'un rapport d'examen du 30 juillet 2020.

b) Compte tenu de l'issue de la cause, les griefs du recourant relatifs au calcul du préjudice économique n'ont pas à être traités. Tel est également le cas de la conclusion tendant à la mise à charge de l'intimé des frais d'expertise privée : le présent arrêt ne constituant pas une décision finale, il ne peut être statué sur le sort des frais d'expertise privée.

7. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis, et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Après examen de la liste des opérations déposée le 15 décembre 2021 par Me Marine de Saint Léger, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, et notamment du fait que ladite note ne comprend pas les opérations relatives à la rédaction du recours, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. 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]).