

VD_GERICHTE ZD23.042089 vom 7. November 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-11-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.042089

FR: VD_GERICHTE ZD23.042089 du 7 novembre 2024

IT: VD_GERICHTE ZD23.042089 del 7 novembre 2024

Erwägungen

E. 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,

- 18 - 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

- 19 - 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).

- 20 - b) En l'espèce, l'intimé a octroyé au recourant deux rentes entières d'invalidité limitées dans le temps, pour les périodes du 1er juin 2019 au 29 février 2020 et du 1er 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 1er 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 1er 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 1er janvier 2022, de même que le début du droit aux deux rentes limitées dans le temps octroyées au recourant du 1er juin

- 21 - 2019 au 28 février 2020, puis du 1er 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

- 22 - 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. 88bis 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

- 23 - changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis 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 LPGA), 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

- 24 - 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. 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

- 25 - 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 asséurologique. 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).

- 26 - 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 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 - 27 - 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

- 28 - 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.

- 29 - 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.

- 30 - 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.

- 31 - 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

- 32 - 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

- 33 - 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. 1bis 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.

- 34 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.