

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 août 2023

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Neu, juge et Gutmann, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, c/o C. _____ à [...], recourant, représenté par Me Jean-Nicolas Roud, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 s., 43 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI

E n f a i t :

A. **a)**A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en [...], marié, sans formation, travaillait en qualité de poseur de fenêtres à 100 %, depuis le mois de mai 2018, pour le compte de la société W._____ SA à [...].

Le 7 mars 2020, en descendant les escaliers, il a glissé et s'est tapé le genou droit. Il en est résulté une incapacité de travail dès cette date.

Le 9 mars 2020, l'assuré a consulté le Dr J._____, médecin généraliste, qui a constaté qu'il n'y avait pas d'épanchement intra-articulaire, pas d'instabilité, pas de douleur à la palpation rotulienne, pas de contusion costale gauche, pas de rupture du LCA (ligament croisé antérieur), et pas de suspicion de lésion méniscale. En l'absence de bilan radiologique, ce médecin a posé le diagnostic d'entorse du genou droit (LLI [ligament latéral interne] de grade I).

La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), assureur accidents, a pris le cas en charge.

Un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) du genou droit du 18 mars 2020 réalisée par le Dr G._____, radiologue, a révélé que l'assuré présentait une « contusion marginale du plateau tibial interne. Contusion voire déchirure partielle du faisceau profond à son insertion fémorale du LLI [ligament latéral interne]. Minime contusion de l'aileron rotulien médial à son insertion rotulienne ».

Dans un rapport du 1^{er} juillet 2020 adressé au Dr F._____, médecin généraliste traitant, le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté, malgré la physiothérapie avec une petite amélioration, des douleurs sur le versant interne du genou, antérieures ainsi que latérales persistantes. En présence d'une palpation de tout le genou légèrement douloureuse avec

un signe méniscal interne « +++ », externe négatif, et sans instabilité ligamentaire, ce médecin a diagnostiqué une déchirure méniscale interne de type de rampe genou droit. Il relevait que l'assuré présentait une réaction sudéckoïde. Le traitement conservateur se poursuivait avec une arthroscopie et suture méniscale interne prévue en cas de persistance des douleurs lors du prochain contrôle au début du mois d'août 2020.

Une arthroscopie diagnostique effectuée le 14 août 2020 par le DrN._____ a infirmé une déchirure méniscale interne du genou droit de l'assuré.

Dans un rapport du 20 septembre 2020, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie, médecin-conseil de la CNA, a indiqué que l'assuré avait présenté une contusion osseuse du plateau tibial interne du genou droit diagnostiquée à l'IRM et que l'événement du 7 mars 2020 aurait totalement cessé de déployer ses effets à quatre voire au maximum six mois du traumatisme direct. Sur la base de l'arthroscopie diagnostique du 14 août 2020 qui était normale et du geste opératoire qui avait fini de déployer ses effets un mois après sa réalisation, ce médecin a retenu que l'assuré ne présentait plus d'incapacité de travail depuis le 1^{er} octobre 2020.

Le 2 octobre 2020, la CNA a informé l'assuré que selon l'appréciation de son médecin d'arrondissement, les troubles qui persistaient actuellement n'avaient plus aucun lien avec l'accident, si bien qu'elle allait clore le cas au 4 octobre 2020 et mettre fin aux prestations d'assurance à cette même date.

Par rapport du 20 novembre 2020 adressé à la CNA, le Dr F._____ a informé que pour le traitement de sa contusion tibiale et de sa lésion du ligament latéral interne des suites de sa chute dans les escaliers en mars 2020, l'assuré avait bénéficié d'une immobilisation du genou puis de séances de physiothérapie. L'immobilisation, associée à une crainte de l'intéressé de charger, avait amené à un déconditionnement. Ce déconditionnement et un trouble de la coordination causaient des

gonalgies droites du compartiment interne, avec des pertes de force à la marche. La physiothérapie avait permis une amélioration progressive des douleurs et de la mobilité. Dans le contexte de l'évolution qui était satisfaisante mais lente, le Dr F. _____ demandait à la CNA la prise en charge des nouvelles séances de physiothérapie sur environ deux mois.

Le 2 décembre 2020, S. _____ Assurance Maladie SA (ci-après : S. _____), assureur perte de gain en cas de maladie, a mandaté le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour qu'il effectue une expertise de l'assuré.

b) Le 14 décembre 2020, l'assuré, à la requête de S. _____, a déposé une demande de prestations (mesures professionnelles et/ou rente) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant quant au genre de l'atteinte « gonalgie post-traumatique avec amyotrophie des quadriceps et conflit fémoropatellaire. Entorse genou droit avec déchirure partielle du LLI » depuis le 7 mars 2020.

Dans son rapport du 11 janvier 2021, faisant suite à un examen clinique de l'assuré du 18 décembre 2020, et après avoir fait réaliser une IRM de contrôle du genou droit le 22 décembre 2020, le Dr H. _____ a posé les diagnostics de gonalgies persistantes à droite (status après probable entorse du LLI [ligament latéral interne] du genou droit le 7 mars 2020, status après probable contusion osseuse marginale du plateau tibial interne, associée à une déchirure du faisceau profond du LLI à son insertion fémorale et minime contusion de l'aileron rotulien médian [IRM du 18 mars 2020], status après arthroscopie diagnostique du genou droit le 14 août 2020, œdème osseux latéral du condyle fémoral interne d'origine indéterminée [IRM du 22 décembre 2020]) et de tabagisme chronique. Ce rapport contient l'appréciation suivante de la situation :

"APPRECIATION DU CAS

M. A. _____ est actuellement âgé de 39 ans. Il n'a pas eu de formation professionnelle particulière. Il travaille en Suisse depuis 2013.

Depuis mai 2018, il travaille en tant que poseur de fenêtres.

Le 07.03.2020, il a eu un traumatisme au genou droit. L'examen IRM a montré une déchirure partielle du faisceau profond du LLI [ligament latéral interne] à son insertion fémorale, associée à une image d'œdème osseux compatible avec une contusion osseuse marginale du plateau tibial interne.

Les douleurs ont persisté malgré un traitement conservateur. Le 14.08.2020, le Dr N._____ a effectué une arthroscopie du genou droit. Cette arthroscopie a montré qu'il n'y avait pas de lésion des ligaments croisés ni des ménisques ni du cartilage. Les gonalgies ont persisté malgré un traitement de physiothérapie.

Un nouveau examen par IRM du genou droit a été effectué le 22.12.2020. Il a montré que l'image d'œdème osseux du plateau tibial interne a disparu. Apparition d'une image d'œdème osseux hors zone en charge du condyle fémoral interne, d'origine indéterminée.

Cet œdème osseux ne peut pas être dû à l'événement de mars 2020, l'origine n'a pas été établie. A mon avis, un statu quo sine peut être établi 6 mois après l'événement en cause.

REPONSES AU QUESTIONNAIRE DE S._____ ASSURANCES

1. Etat de la documentation à disposition ?

Rapport d'IRM du 18.03.2020.

Rapport de la consultation du 09.03.2020 à la Permanence de [...].

Rapport d'arthroscopie, signé par le Dr N._____.

Rapports des consultations du Dr N._____.

IRM du 22.12.2020.

2. Anamnèse personnelle, de santé et professionnelle ?

Voir précédent.

3. Description par l'expertisé ?

3.1 De son poste de travail

L'assuré travaille comme poseur de fenêtres. Ce travail s'effectue uniquement en position debout. Il implique le port de charges lourdes et parfois de travailler en position accroupie ou à genou.

3.2 Des activités occupationnel[le]s durant l'incapacité de travail

Il est resté principalement chez lui.

3.3 De ses plaintes/troubles

Malgré le traitement conservateur, les douleurs ont persisté.

4. Constatations objectives ?

4.1 Examen clinique

Voir précédent.

4.2 Examen paraclinique

Voir précédent.

4.3 Consultation spécialisée

Rapports des consultations du Dr N._____.

5. Les troubles rapportés par l'expertisé sont-ils concordants avec les résultats de l'examen clinique et paraclinique ainsi que la documentation à votre disposition ? Dans la négative, motiver la réponse ?

L'assuré se plaint essentiellement de douleurs. L'examen clinique est rassurant.

L'examen par IRM de décembre 2020 a montré que l'image d'œdème osseux du plateau tibial interne, visualisée à la première IRM le 18.03.2020, a disparu. Apparition d'une image d'œdème osseux du condyle fémoral interne d'origine indéterminée.

6. Diagnostic :
Voir précédent.

7. Une reprise du travail est-elle exigible ?

7.1 Dans l'activité habituelle ? Si oui, à partir de quand et à quel taux ?

En raison de la persistance des gonalgies, l'assuré ne peut pas exercer son métier habituel de poseur de fenêtres car ce métier ne respecte pas les limitations fonctionnelles dues à l'état [actuel] du genou droit.

7.2 Dans une activité adaptée à l'état de santé ? Si oui, à partir de quand ?

Et à quel taux ?

L'assuré est désormais apte à exercer une activité sédentaire ou semi-sédentaire.

Il devrait éviter :

- de marcher en terrain irrégulier,
- de monter ou descendre à répétition les pentes ou les escaliers,
- les métiers impliquant d'être accroupi ou à genou.
- Le port de charges de plus de 15Kg.

8. Activité adaptée ?

8.1 Si un changement de profession s'avère nécessaire, quels critères médicaux doit satisfaire l'activité ?

Il doit respecter les limitations fonctionnelles préalablement décrites.

8.2 Quelles activités professionnelles concrètes pourraient être considérées comme étant adaptées ?

Magasinier, par exemple.

9. Options thérapeutiques éventuelles susceptibles d'améliorer notablement la capacité de travail, leur exigibilité ?

Poursuite du traitement conservateur sous forme de séances de physiothérapie.

10. Obligation de collaborer.

L'assuré a parfaitement collaboré à cet examen."

Selon les conclusions de l'IRM du genou droit du 22 décembre 2020, l'image d'œdème osseux du plateau tibial interne avait disparu. Il

n'y avait pas de lésion méniscale, ni ligamentaire mais un discret hyper signal à l'insertion proximale du LLI (ligament latéral interne) ainsi qu'un œdème osseux du condyle fémoral interne en dehors de la zone de charge située à la face latérale et antérieure du condyle fémoral interne, d'origine indéterminée.

Dans un rapport du 2 février 2021 à l'OAI, le Dr F._____ a posé les diagnostics incapacitants d'arthériopathie oblitérante du membre inférieur droit stade IIb sur une sténose significative de l'artère iliaque externe droite, de trouble dépressif récurrent, de syndrome de dépendance à l'alcool et de cervico-scapulalgies droites. Tout en renvoyant auprès de ses collègues psychiatres, ce médecin décrivait une situation vasculaire stable sans gêne de l'assuré dans ses activités quotidiennes mais avec des douleurs à l'effort, surtout lors des montées, et péjorées lors de la majoration du traitement antihypertenseur. Les douleurs cervico-scapulaires étaient inchangées. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : « Limitation des déplacements > 300-400m à plat, limitation des déplacements en montée, La montée/descente répétée des escaliers ne peut être réalisé. Le travail avec les bras au-dessus des épaules n'est pas possible, ni les mouvements répétitifs faisant intervenir l'épaule. Le port de charge est également limité à 10 kg ». Pour le Dr F._____, d'un point de vue somatique, la capacité de travail de l'assuré restait inchangée à 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis février 2019. Cette évaluation était à confronter à l'avis des médecins psychiatres. Le suivi de l'assuré se poursuivait auprès du Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale, qui reprenait la consultation du Dr F._____ depuis janvier 2021.

Par décision du 24 février 2021, S._____ a fait savoir à l'assuré qu'elle mettrait un terme à ses versements dès le 1^{er} juin 2021, dès lors qu'il présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle, mais une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (pas de marche en terrain irrégulier, pas de montée ni descente à répétition de pentes ou d'escaliers,

pas de position accroupie ou à genoux et pas de port de charges de plus de quinze kilos). Une indemnité journalière de transition pour le changement de poste lui était octroyée jusqu'au 31 mai 2021. Dès cette date, le taux de sa perte de gain étant de 0 %, les prestations cesseraient. Cette décision a été confirmée sur opposition le 2 juin 2021. L'assuré a recouru à son encontre par acte du 5 juillet 2021 (cause instruite sous la référence AM 17/21).

Du 8 mars au 15 avril 2021, l'assuré a bénéficié de la prise en charge par l'OAI d'une mesure d'intervention précoce externalisée auprès de la Fondation [...]. Dans le rapport de mesure du 15 avril 2021, l'intéressé était décrit comme très inquiet vis-à-vis de sa situation financière et avait, en raison de son état de santé qui n'était pas stabilisé, encore beaucoup de rendez-vous médicaux. N'étant pas disponible pour passer en « Phase 2 », il avait interrompu cette mesure.

Le 5 juillet 2021, le Dr D._____, a rédigé une attestation selon laquelle l'assuré était apte à travailler dès le 16 juin 2021, moyennant le respect de ses limitations, soit pas de marche en terrain irrégulier et pas de montée, ni descente répétée d'escaliers ni pente.

Dans un rapport du 27 août 2021, posant les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de contusion osseuse de la portion crânial et intérieur du condyle fémoral médial, d'entorse de tiers proximal d[u] ligament collatéral médial, de contusion avec infiltrat hématique du muscle vaste médial distal, et de déchirure méniscale interne de type de rampe du genou droit, depuis le 7 mars 2020, le Dr D._____ a indiqué que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle depuis le 7 mars 2020. Depuis le 16 juin 2021, il bénéficiait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (limitation aux périmètres de marche, pas de montée ni descente répétée d'escaliers ni pente, limitation à l'extension, à la position debout de manière prolongée et à la marche à intervalle régulière et pas de position accroupie ou à genoux, ni port de charges de plus de quinze kilos ni de marche en terrain irrégulier).

Invoquant sa condition physique, l'assuré a refusé un contrat de stage du 8 octobre 2021 avec la Fondation [...] pour une activité d'employé au service technique à 70 %, du 11 octobre au 5 novembre 2021, auprès de l'EMS [...].

Aux termes d'un rapport final du 3 novembre 2021, un spécialiste en réadaptation à l'OAI a estimé la capacité de travail de l'assuré comme nulle dans son activité habituelle depuis l'accident de mars 2020. Sur la base du dernier rapport du Dr D. _____, la capacité de travail était toutefois entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressé (à savoir, limitation dans le périmètre de marche, pas de montée/descente répétée d'escaliers/pente, limitation à l'extension, pas de position debout prolongée ni accroupie/à genoux, pas de port de charge de plus de quinze kilos et pas de terrain irrégulier). Une mesure d'aide au placement était indiquée.

Par projet de décision du 18 novembre 2021, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations. Il a relevé que le droit éventuel à une rente ne pouvait être alloué qu'à partir du 1^{er} juillet 2021 compte tenu de la date du dépôt de la demande de prestations. A cette date, bien qu'il présente une totale incapacité de travail dans son activité antérieure de poseur de fenêtres, l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (« éviter de marcher en terrain irrégulier, de monter ou descendre à répétition les pentes ou les escaliers, les métiers impliquant d'être accroupi ou à genou et le port de charges de plus de 15Kg »). Après comparaison des revenus, l'assuré était en mesure de retrouver une capacité de gain au moins équivalente à celle qui aurait été la sienne sans invalidité. En l'absence de préjudice économique lié à son atteinte à la santé, le droit de l'assuré aux mesures professionnelles et à la rente n'était pas ouvert. Sur demande écrite et motivée, l'aide au placement pouvait néanmoins lui être octroyée.

Dans le cadre de ses observations du 13 janvier 2022, l'assuré, sous la plume de son conseil Me Jean-Nicolas Roud, a demandé à l'OAI l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, subsidiairement la réalisation d'une expertise « visant à déterminer son état de santé, tout traitement à suivre pour recouvrer rapidement une meilleure, si ce n'est une pl[e]ine, capacité de travail, son degré d'invalidité, le cas échéant dans le temps, les perspectives d'amélioration de son état de santé, ainsi que ses perspectives professionnelles dans tout[e] autre activité par une reconversion » ainsi qu'ordonner toutes les mesures d'ordre professionnel ou de réinsertion susceptibles de l'aider et de lui permettre de recouvrer une capacité de gain. Il contestait la valeur probante du rapport d'expertise du Dr H._____, estimant que son genou droit devait être réexpertisé. Il précisait que malgré l'inscription à un taux réduit auprès de l'assurance-chômage, il ne trouvait pas d'emploi adapté à son état de santé défaillant.

L'assuré a encore produit, le 14 février 2022, un rapport du 26 janvier 2022 du Dr D._____ selon lequel, lors de sa chute dans les escaliers en mars 2020, son patient avait présenté une importante contusion du plateau tibial et fémoral interne associée à une rupture du ligament latéral interne et rotulien médial. Il subsistait une importante gonalgie avec l'incapacité de charger son genou droit, une extension douloureuse et un verrouillage du genou à chaque pas. L'assuré présentait une limitation de son périmètre de marche alors que la montée et la descente des escaliers s'effectuait avec difficulté. Il ne pouvait pas rester en position accroupie, ni porter des charges. Compte tenu de l'impossibilité pour son patient de marcher sur un terrain irrégulier, de monter et descendre des escaliers, de charger les genoux et de s'accroupir, le Dr D._____ proposait de retenir une incapacité de travail de celui-ci à un taux de 40 à 50 %.

Aux termes d'un avis « audition » du 11 avril 2022, compte tenu de la modification de l'évaluation du Dr D._____ depuis celle datant d'août 2021, en retenant désormais une incapacité de travail de l'assuré de 40 à 50 % dans une activité adaptée, la Dre E._____, du SMR

(Service médical régional de l'assurance-invalidité), a suggéré d'adresser des questions complémentaires à l'orthopédiste traitant.

Dans un rapport du 25 avril 2022 adressé au service médical de la CNA, confirmant le diagnostic de déchirure méniscale interne de type de rampe du genou droit, le Dr N. _____ a attesté une incapacité de travail totale de l'assuré dans sa profession de poseur de fenêtres auprès de la société W. _____ SA depuis le 7 mars 2020. On extrait ce qui suit de ce rapport :

“Appréciation

Il s'agit cliniquement d'un status 3 mois après entorse du genou droit avec, d'un côté, une déchirure méniscale interne de type de rampe encore symptomatique. D'autre part, il présente une réaction sudéckoïde. J'ai expliqué au patient l'importance d'avoir un comportement adéquat. Je le reverrai encore une fois début août avec une intervention dans le sens d'une arthroscopie et suture méniscale interne agendée provisoirement quelques jours après. Le patient est ainsi orienté. Il est d'accord avec le procédé.”

Dans un avis « audition » du 10 mai 2022, la Dre E. _____ du SMR a maintenu sa position en l'absence de nouveaux éléments apportés par l'assuré (ou son médecin) depuis le projet de décision du 18 novembre 2021 basé sur le rapport final de réadaptation du 3 novembre 2021 reposant sur le rapport du 27 août 2021 du Dr D. _____.

Par décision du 29 juin 2022 et courrier du même jour, l'OAI a confirmé son refus de prestations.

Le 23 août 2022, le Dr D. _____ s'est adressé à l'OAI afin de l'informer avoir repris début 2021 le cabinet du Dr F. _____ et qu'il lui avait fallu un certain temps pour comprendre les dossiers complexes. Désormais, il était en mesure de mieux apprécier le cas de l'assuré, estimant que ce dernier pouvait avoir une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles au taux de 50 %.

En réponse à cet envoi, l'OAI a indiqué au conseil de l'assuré, le 26 août 2022, qu'il lui incombait de produire, à ses frais, un rapport médical détaillé précisant entre autres le diagnostic, la description de

l'aggravation de l'état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle était survenue, le nouveau degré de l'incapacité de travail, le pronostic et d'autres renseignements utiles ou pour apporter tout autre élément de nature à constituer un motif de révision.

B. Par acte du 5 septembre 2022, A._____, toujours représenté par Me Roud, a recouru contre la décision du 29 juin 2022 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'autorité intimée pour nouvel examen. Il a pour l'essentiel regretté que l'OAI se soit fondé sur le « malheureux rapport » du DrD._____ du 27 août 2021 faisant état d'une capacité de travail entière, ce médecin ayant finalement ré-évalué la capacité de travail le 26 janvier 2022 à un taux de 50 à 60 %. Dans la mesure ainsi où le rapport du Dr D._____ du 27 août 2021 était erroné, et que la décision attaquée se fonde sur celui-ci, elle devait être annulée.

Par réponse du 24 novembre 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se référant au rapport du Dr H._____.

Le 13 janvier 2023, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise de son genou. Il a en outre produit les pièces suivantes, auxquelles il se réfère :

- un rapport du 6 décembre 2022 du Dr D._____, selon lequel il présente une incapacité de travail liée aux séquelles de son accident au genou du 7 mars 2020, pour lequel il n'a jamais récupéré sa capacité fonctionnelle ; il boîtit à la marche et était incapable de tenir un équilibre monopodal droite. L'examen du genou était difficile en raison de la douleur, d'une hyper-réactivité et d'une hyper-réflexie avec clonus. L'ensemble des examens dont des radiographies, IRM, etc. était déjà en mains de l'OAI ou de l'avocat de l'assuré. Un syndrome de Südeck paraissait probable. En raison de la complexité de son cas, l'assuré s'était adressé à un médecin du sport. De l'avis de l'orthopédiste traitant, les limitations fonctionnelles justifiaient le droit de son patient à bénéficier d'une reconversion professionnelle tenant compte des restrictions listées lors de la précédente expertise ;

- un rapport du 21 décembre 2022 du Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale, du Centre [...], selon lequel l'assuré se plaignait de douleurs fortes, constantes, exacerbées par les mouvements et l'activité physique ; il était très limité pour accomplir les activités de la vie quotidienne, avec une difficulté à descendre les escaliers et une importante fatigabilité, notamment à la marche et en station debout prolongée. A l'examen clinique, une importante boiterie, un genou calme, une hyperalgie diffuse à la palpation du genou et dans une moindre mesure à la jambe, une absence d'instabilité ligamentaire, une flexion-extension 120-0-0, une hyperalgie à la mobilisation passive dans tous les axes, d'importantes appréhensions, un phénomène de fasciculation, ainsi qu'une difficulté et fatigabilité en station monopodale ont été constatés chez l'assuré, qui ne parvenait pas à descendre d'une marche en appui sur le membre inférieur droit. Le Dr B._____ a diagnostiqué une douleur musculosquelettique primaire chronique et indiqué un pronostic réservé, avec la nécessité d'une prise en charge spécifique et pluridisciplinaire de l'assuré « clairement très limité au quotidien » et qui ne pouvait pas exercer une autre activité professionnelle qu'en position assise.

Le 2 février 2023, l'OAI a à nouveau préavisé pour le rejet du recours. Il a joint à son envoi un avis médical du SMR du 27 janvier 2023, selon lequel l'expertise du Dr H._____ retenait qu'en raison de la persistance de gonalgies, l'assuré ne pouvait plus exercer son métier habituel de poseur de fenêtres inadapté aux limitations fonctionnelles dues à l'état du genou droit. En revanche, il pouvait exercer une activité sédentaire ou semi-sédentaire (« ne pas marcher en terrain irrégulier, ne pas monter ou descendre à répétition les pentes ou les escaliers, pas de métiers impliquant d'être accroupi ou à genou, pas de port de charges de plus de 15Kg »). Les documents récents reçus confirmaient les observations du Dr H._____, l'assuré étant en mesure d'exercer une activité adaptée en position assise.

Par écriture du 3 mars 2023, le recourant a fait valoir que depuis son opération du genou, il souffrait de gonalgies qui l'entravaient

dans sa vie de tous les jours et dans tout travail qu'il pourrait envisager. Il a expliqué qu'il avait besoin d'une réinsertion professionnelle (art. 14a LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]), d'une orientation professionnelle (art. 15 LAI) et de toute autre mesure de réadaptation qui puisse l'aider à se remettre au travail et retrouver son équilibre psychologique. Il a joint à son envoi un rapport du 20 janvier 2023 du Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, du Département de psychiatrie du CHUV, qui l'avait vu les 10 et 27 octobre, 10 novembre et 23 décembre 2022. Ce médecin a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique (F32.2), de dysthymie (F34.1) et de perte de l'emploi (Z56.0) et relevé que l'assuré lui avait été adressé par son médecin traitant pour évaluation dans le contexte d'une symptomatologie dépressive évoluant depuis mars 2020. Sur le plan diagnostic, l'intéressé présentait une baisse durable de l'humeur depuis son accident, assimilable à une dysthymie. Fin 2021, à la suite des problèmes de remboursement par l'assurance-invalidité, le trouble de l'humeur s'était modifié en un épisode dépressif sévère. Selon ses explications, sa crise actuelle était due au fait de ne pas pouvoir assumer son rôle de mari. Les symptômes témoignaient d'une impossibilité à faire le deuil d'un idéal personnel ; l'assuré avait l'impression que s'il ne pouvait plus travailler dans un emploi physique, il n'avait pas d'avenir et sa femme ferait mieux de partir et de « faire sa vie sans [lui] ». Lors des entretiens, l'assuré restait fixé sur ses symptômes qui demeuraient stables au cours de l'intervention au Département de psychiatrie du CHUV. Le Dr R._____ avait suggéré la mise en route d'un suivi ambulatoire auprès du Dr D._____ (avec une fréquence mensuelle) et la prise de Sertraline (25 mg une fois par jour durant une semaine, puis 50 mg une fois par jour ; ce traitement pouvait être doublé en cas d'effet insuffisant à un mois).

Le 21 mars 2023, l'OAI a maintenu sa position. Il a relevé en particulier que le Dr R._____ faisait état d'une atteinte à la santé sur le plan psychique depuis la fin 2021 et qu'un éventuel droit à une rente ne pourrait être octroyé qu'à partir de la fin 2022, soit postérieurement à la décision attaquée du 29 juin 2022 ; s'il estimait présenter une péjoration

de son état de santé, le recourant pouvait déposer une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. S'agissant de l'aide au placement, un coordinateur emploi de l'OAI avait contacté le recourant le 3 février 2023 pour lui faire part d'une opportunité de stage auprès de l'entreprise [...] comme aide en logistique ou opérateur d'assemblage. Ce dernier avait indiqué suivre un traitement médicamenteux administré par son psychiatre et qu'il ne s'estimait pas capable d'entreprendre un stage. L'OAI a joint un avis SMR du 13 mars 2023 selon lequel il ne pouvait pas maintenir sa position au motif que le DrR._____ faisait état d'une atteinte à la santé au plan psychiatrique depuis la fin 2021 dont le SMR n'avait pas connaissance mais qui avait été investiguée par le Département de psychiatrie du CHUV depuis octobre 2022.

Le 6 avril 2023, le recourant a fait valoir que ses troubles psychiques existaient depuis 2020, et remontaient dès lors à une date antérieure à la décision attaquée. Quant au stage proposé le 3 février 2023 par le coordinateur emploi de l'OAI, l'état de santé du recourant ne lui avait pas permis de l'accepter. Il a enfin requis à nouveau de pouvoir être mis au bénéfice de toute mesure de soutien dans la mesure où le *statu quo* péjorait son état. Il a produit deux ordonnances et des convocations à des consultations les 30 mars et 11 avril 2023 au Centre d'antalgie du CHUV.

L'OAI s'est encore déterminé le 1^{er} mai 2023, en produisant un avis du 20 avril 2023 du SMR selon lequel en l'absence de la production de « document médical *stricto sensu* » les conclusions de son avis précédent étaient confirmées, à savoir que le SMR n'était pas en mesure de maintenir sa position à la base de la décision attaquée. En l'état du dossier, le SMR ne disposait pas d'éléments médicaux suffisamment précis pour trancher le point de savoir si l'atteinte à la santé psychique du recourant était survenue depuis mars 2020 ou alors si elle remontait à la fin 2021. Pour être en mesure de pouvoir répondre à cette question, il convenait d'interroger le psychiatre traitant (le Dr R._____) par le biais de questions ciblées ou de mettre en œuvre une expertise psychiatrique.

Le 23 mai 2023, le recourant a indiqué que la correspondance de l'intimé n'amenait aucune détermination de sa part, pas plus que l'avis du SMR. Pour lui, rien ne venait contester les constats du rapport du 20 janvier 2023 [réd. : du DrR. _____], si bien qu'il estimait l'éventualité d'une expertise psychiatrique superflue, indiquant avoir besoin d'une décision rapide, en raison de son état psychique et de sa situation financière.

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 compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA) 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. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa demande du 14 décembre 2020.

3. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). 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 de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

En l'occurrence, la décision litigieuse rendue le 29 juin 2022 fait suite à une demande de prestations déposée en décembre 2020 en raison de « gonalgie post-traumatique avec amyotrophie des quadriceps et conflit fémoropatellaire. Entorse genou droit avec déchirure partielle du LLI » depuis le 7 mars 2020. L'ancien droit est donc applicable.

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

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. 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) 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).

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

bb) Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit 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, au travers 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 ou d'une 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).

6. Sur le plan somatique, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure d'exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Le recourant quant à lui expose que c'est à tort que le Dr D. _____ (nouvel orthopédiste traitant) a estimé que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée par rapport du 27 août 2021. Ce médecin ayant finalement réévalué la capacité de travail le 26 janvier 2022 à un taux de 50 à 60 %, le recourant soutient que la décision attaquée est erronée et devrait dès lors être annulée.

Or le médecin traitant n'explique pas pourquoi une activité adaptée peu physique respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du genou droit ne pourrait pas être exercée à 100 %.

Le recourant a été examiné par le Dr H. _____ dans le cadre du dossier instruit par l'assureur perte de gain. Dans le cadre de la rédaction de son rapport, le Dr H. _____ a pris connaissance des pièces au dossier, a résumé l'anamnèse professionnelle, actuelle et par systèmes, et les status cardio-vasculaire, neurologique et ostéo-musculaire. S'agissant plus particulièrement des membres inférieurs, il a relevé que l'assuré marchait avec une discrète boiterie, qu'il n'utilisait aucun moyen auxiliaire, et que les membres inférieurs étaient légèrement en varus avec une distance inter condylienne debout de deux centimètres. L'assuré avait certes des difficultés pour rester en appui monopodal à droite, mais il parvenait à s'accroupir. S'agissant plus spécifiquement des genoux, il a noté l'absence d'épanchement intra-articulaire ; il n'y avait pas de différence de température ou de coloration entre les deux genoux. La flexion-extension était à 140-0-0 des deux côtés, avec une distance talon-fesse de quinze centimètres à droite et de douze centimètres à gauche. Le genou droit était stable dans tous les plans. Certes, en flexion du genou, lors des manœuvres de valgus forcées, l'assuré décrivait des douleurs en regard de l'insertion condylienne du ligament latéral interne

(LLI). Il n'y avait pas d'instabilité ni dans le plan frontal ni dans le plan sagittal. Les signes méniscaux étaient négatifs. C'est sur la base de ces constatations, au demeurant complétées par un nouveau rapport d'IRM du genou droit, le 22 décembre 2020, que le Dr H._____ a estimé que l'examen clinique était rassurant. Toutefois, en raison de la persistance de gonalgies, l'expert est d'avis que l'assuré ne peut pas exercer son activité habituelle de poseur de fenêtres car ce métier ne respecte pas les limitations fonctionnelles dues à l'état de son genou, à savoir : éviter de marcher en terrain irrégulier, de monter ou descendre à répétition les pentes ou les escaliers, les métiers impliquant d'être accroupi ou à genou, ainsi que le port de charges de plus de quinze kilos. Le Dr H._____ a ainsi estimé la capacité de travail entière dans une activité adaptée, à savoir une activité sédentaire ou semi-sédentaire.

L'expertise du Dr H._____ remplit les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Elle est en effet bien étayée, claire et dénuée de contradiction. Elle n'est en outre pas sérieusement remise en cause. Certes, le nouveau médecin traitant, le Dr D._____, qui a repris le cabinet du Dr F._____ en début 2021 (cf. rapport du 23 août 2022), est lui d'avis que la capacité de travail de son patient n'est que de 50 % dans une activité adaptée. Le Dr D._____ ayant repris le cabinet du Dr F._____ début 2021, il suivait le recourant depuis huit mois lorsqu'il a estimé, par rapport du 27 août 2021, que son patient était en mesure d'exercer une activité adaptée à plein temps. Quant à sa nouvelle appréciation de la capacité de travail, le Dr D._____ ne la motive pas, sinon en indiquant que l'« importante » gonalgie met le patient dans l'incapacité de charger son genou droit, si bien qu'il présente une limitation du périmètre de marche, la montée et la descente d'escaliers s'effectuant avec difficulté, et le patient ne pouvant rester en position accroupie, ni porter des charges. Le recourant ne peut dès lors être suivi lorsqu'il affirme qu'il ne peut pas travailler à 100 % dans une activité adaptée sur le plan orthopédique. On relèvera au demeurant que le Dr H._____ a examiné l'assuré après l'arthroscopie diagnostique du 14 août 2020, laquelle opération serait selon le recourant à l'origine de ses douleurs persistantes au genou droit.

Quoi qu'il en soit, les rapports du Dr D._____ des 26 janvier et 23 août 2022 ne font pas état d'éléments nouveaux qui auraient été omis par l'expert. Ce dernier a au demeurant bien fait état des plaintes de l'assuré, qui affirme être incapable de travailler, avoir l'impression d'avoir perdu de la force musculaire au membre inférieur droit, ainsi qu'une sensation d'instabilité de son genou.

Il est au demeurant admis que le recourant n'est plus en mesure de travailler dans son activité habituelle de poseur de fenêtres, sans qu'il n'y ait dès lors lieu de compléter l'instruction sur ce point. L'expert a toutefois bien expliqué que depuis le jour de l'examen (18 décembre 2020), l'assuré est en mesure de travailler dans une activité adaptée à plein temps. Les médecins de la CNA rejoignent au demeurant la position du Dr H._____. En effet, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie, retient que la contusion osseuse du plateau tibial interne du genou droit résultant de l'accident du 7 mars 2020 aurait totalement cessé de déployer ses effets à quatre voire au maximum six mois du traumatisme direct. En présence de l'opération du 14 août 2020 qui avait fini de déployer ses effets un mois après sa réalisation, le médecin d'arrondissement de la CNA a retenu que l'assuré ne présentait plus d'incapacité de travail à partir du 1^{er} octobre 2020 (cf. rapport du 20 septembre 2020). Sur la base de l'appréciation du Dr K._____, constatant que les troubles persistants n'étaient plus en lien avec l'accident, la CNA a mis fin au versement de ses prestations d'assurance-accidents au 4 octobre 2020 (courrier du 2 octobre 2020).

Le 27 janvier 2023, le SMR, sous la plume de la Dre E._____, retient que les rapports des 6 décembre 2022 (Dr D._____) et 21 décembre 2022 (Dr B._____) produits en recours ne font que confirmer les observations du Dr H._____, à savoir que si le recourant n'est plus en mesure d'exercer l'activité habituelle de poseur de fenêtres, il est toutefois apte à exercer une activité adaptée en position assise.

Sur le plan somatique, l'OAI était dès lors fondé à retenir une capacité de travail entière du recourant dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues.

7. Le recourant a produit, pour la première fois en recours, un rapport établi par un psychiatre, en l'occurrence le Dr R._____, le 20 janvier 2023.

Ce dernier fait état d'un épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique, d'une dysthymie et d'une perte d'emploi. Il ne se prononce toutefois pas sur la capacité de travail de son patient.

Prima facie, le suivi auprès du Dr R._____ n'a été mis en place qu'en octobre 2022, selon les dates de consultations mentionnées par ce médecin dans son rapport de janvier 2023. Or, la décision attaquée a été rendue le 29 juin 2022, soit antérieurement au début du suivi en question. A cela s'ajoute que jusqu'au rapport du 20 janvier 2023 du Dr R._____ seul l'ancien orthopédiste traitant, le Dr F._____, avait mentionné un trouble dépressif récurrent et un syndrome de dépendance à l'alcool, en renvoyant auprès de médecins psychiatres pour l'évaluation de la capacité de travail (cf. rapport du 2 février 2021). Le Dr B._____ a pour sa part uniquement fait état d'une douleur musculosquelettique primaire chronique (cf. rapport du 21 décembre 2022). Dans ses avis successifs, le Dr D._____ n'a quant à lui jamais fait état d'une atteinte du recourant au plan psychiatrique.

Or la question du début de l'éventuelle atteinte à la santé psychiatrique est importante, puisque 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 devant faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

A cet égard, les éléments du dossier ne sont pas suffisamment clairement posés pour permettre de savoir quand l'éventuelle atteinte en

question serait survenue. Du reste, la médecin du SMR, dans ses avis des 13 mars 2023 et 20 avril 2023, a indiqué que ce point devait être éclairci.

Le rapport du Dr R. _____ n'est pas non plus suffisant à cet égard pour établir une incapacité de travail durable, quoi qu'en dise le recourant, les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes devant en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (cf. consid. 5c supra), laquelle fait en l'occurrence défaut.

On relèvera à ce stade que l'on peine à suivre le recourant, qui, d'une part, affirme souhaiter être mis à brève échéance au bénéfice d'une mesure de réadaptation mais qui, dans le même temps, explique – par exemple s'agissant de la proposition de stage que le coordinateur emploi de l'OAI lui a faite le 3 février 2023 –, ne pas avoir été en mesure de l'accepter en raison de son état de santé.

Quoiqu'il en soit, et bien qu'il s'agisse d'un cas limite, il y a lieu de retenir en l'espèce que l'instruction de la cause doit être reprise, afin de déterminer le *dies a quo* de l'atteinte alléguée au plan psychiatrique, ainsi que ses répercussions éventuelles sur la capacité de travail du recourant.

En effet, dans la mesure où les éléments du dossier ne permettent en l'état pas de se prononcer en connaissance de cause sur le plan psychiatrique, il convient de renvoyer la cause à l'OAI, dès lors que c'est à cette autorité 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).

8. a) En définitive, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision.

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

c) 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). Après examen de la liste des opérations déposée le 5 juin 2023 par Me Roud, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 3'000 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'intimé (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). Cette indemnité couvre le montant qui pourrait être alloué au titre de l'assistance judiciaire au mandataire du recourant.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 29 juin 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction puis nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A. _____ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Nicolas Roud (pour A. _____ c/o C. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :