

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 octobre 2024

Composition : M. NEU, président
Mme Di Ferro Demierre et M. Wiedler, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat, à Lausanne,

et

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

Art. 16 et 17 LPGA ; art. 28 LAI ; art.88a RAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970, marié et père de famille, sans formation professionnelle certifiée, a été engagé en qualité de maçon par la société F._____Sàrl dès le 1^{er} novembre 2013. Il était assuré à ce titre contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA).

Le 20 mars 2014, l'assuré a été victime d'un accident de chantier qui s'est soldé par une fracture transverse ouverte avec écaïlle diaphysaire de la jambe, stade Gustillo II, à gauche et par une fracture intra-articulaire de la tête du talus non déplacée avec luxation sous-talienne à droite. Les fractures ont été ostéosynthésées à l'Hôpital C._____ le jour même. Après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, l'assuré a séjourné, du 7 mai au 30 juillet 2014, auprès de la Clinique D._____. Devant la persistance de douleurs au genou gauche, ont été mises en évidence une rupture complète du ligament croisé antérieur, une fracture de la tête du péroné, une fracture postéro-interne du plateau tibial et une fissure étendue du corps et de la corne postérieure du ménisque externe, ainsi qu'une probable anse de seau luxée de l'échancrure (rapport de la Clinique D._____ du 13 août 2014, versé au dossier de la CNA).

L'assuré a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité par demande formelle déposée le 11 septembre 2014 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison des conséquences de l'accident susmentionné.

Le 28 janvier 2015, l'assuré a bénéficié d'une arthroscopie du genou gauche avec résection de l'anse de seau du ménisque externe au sein de l'Hôpital C._____ ; l'ablation du matériel d'ostéosynthèse a eu lieu le 10 juillet 2015. Dans les suites de l'intervention, l'assuré a développé une dermo-hypodermite du membre inférieur droit (avec un abcès à la face antérieure de la jambe) s'accompagnant d'un état fébrile qui a nécessité son hospitalisation, du 1^{er} au 26 mars 2015. Par la suite,

un bilan angiologique a mis en évidence une insuffisance veineuse superficielle des deux membres inférieurs (rapports spécialisés des 28 octobre et 12 novembre 2015, versés au dossier de la CNA).

Un second séjour de l'assuré au sein de la Clinique D. _____ du 19 avril au 18 mai 2016 a permis de retenir un état de santé stabilisé et de fixer ses limitations fonctionnelles (absence de port de charges lourdes, de position debout prolongée et de positions contraignantes pour les genoux ou les chevilles). Le 30 août 2016, le médecin d'arrondissement de la CNA a estimé que l'assuré était désormais doté d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée auxdites limitations.

Le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) s'est rallié à cette appréciation dans un avis du 19 décembre 2016, retenant que l'assuré avait été en incapacité totale de travail du 20 mars 2014 au 31 août 2016. Dès le 1^{er} septembre 2016, sa capacité de travail était toujours nulle dans son activité habituelle dans la construction, mais entière dans une activité adaptée à ses restrictions fonctionnelles.

En parallèle, le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a mis en évidence un préjudice économique nul dès le 1^{er} septembre 2016 (rapport du 13 décembre 2016). Une aide au placement était toutefois accordée à l'assuré par communication du 22 décembre 2016.

Par décision du 13 février 2017, confirmée sur opposition le 13 mars 2017, la CNA a notamment nié le droit à l'assuré à une rente d'invalidité, compte tenu d'un degré d'invalidité de 8,82 % déterminé sur la base d'une comparaison des revenus avec et sans invalidité.

L'OAI a, de son côté, établi un projet de décision le 27 juin 2018, informant l'assuré de son intention de lui allouer une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, pour la période limitée du 1^{er} mars 2015 au 30 novembre 2016.

B. Dans le cadre de la procédure de recours, introduite par B._____ auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition de la CNA du 13 mars 2017 (cause AA 47/17), le magistrat instructeur a confié un mandat d'expertise pluridisciplinaire à la Policlinique I._____. Déposé le 26 juin 2018 par les Drs Q._____, spécialiste en médecine interne générale, Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, T._____, spécialiste en angiologie, et V._____, spécialiste en dermatologie et vénérologie, le rapport d'expertise correspondant a fait état des diagnostics suivants :

- douleur de la cheville droite (M25.5) après fracture de l'astragale avec possible luxation talo-naviculaire ou sous-talienne ostéosynthésée par broches le 20 mars 2014 avec ablation du matériel d'ostéosynthèse le 7 mai 2014 (T93.2) et troubles dégénératifs modérés de l'articulation sus-talienne et plus important de la sous-talienne ;
- instabilité du genou gauche (M23.5) après fracture ouverte Gustillo II enclouée le 20 mars 2014, fracture du plateau tibial interne peu déplacée, anse de seau du ménisque externe réséquée par arthroscopie le 20 janvier 2015 et rupture du ligament croisé antérieur traitée fonctionnellement, ainsi que gonarthrose externe débutante (M17.3) ;
- obésité morbide (indice de masse corporelle [IMC] à 44 kg/m² ; E66.0) ;
- insuffisance veineuse chronique (I87.2) sur status post ablation par procédure thermique endo-veineuse (radiofréquence) courte des veines grandes saphènes des deux côtés et de la saphène accessoire antérieure de la cuisse gauche, avec récurrence variqueuse sur une perforante au niveau de la face antérieure de la cuisse gauche jusqu'à mi-jambe et status post dermo-hypodermite infectieuse sur lymphostase chronique d'origine mixte, mécanique sur obésité, post traumatique et veineuse multifactorielle.

Les experts de la PMU ont estimé qu'à compter de la stabilisation de l'état de santé, retenue depuis le mois d'août 2016, l'assuré était doté d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée assise ou semi-assise, avec des déplacements occasionnels, sans port de charges excédant 5 à 10 kg. La capacité de travail était nulle depuis l'accident du 20 mars 2014 dans l'activité habituelle de maçon.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assuré et confirmé la décision sur opposition de la CNA du 30 [recte : 13] mars 2017 dans un arrêt du 3 septembre 2020 (AA 47/17 - 131/2020).

Le recours en matière de droit public interjeté par l'assuré auprès du Tribunal fédéral a été rejeté par arrêt du 12 mars 2021 (TF 8C_619/2020).

C. Entre-temps, B._____ a fait parvenir à l'OAI, le 7 octobre 2019, de nombreuses pièces médicales et professionnelles, parmi lesquelles on peut citer :

- un rapport de la Dre J._____, spécialiste en endocrinologie et diabétologie, du 29 septembre 2018, relevant avoir évalué le diabète de l'assuré en vue d'un bypass ;
- un rapport de l'Hôpital C._____ du 15 octobre 2018, mettant en évidence les diagnostics de trouble ventilatoire mixte, avec syndrome obstructif de degré moyennement sévère d'origine mixte sur asthme bronchique et bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) de stade 2, restrictif sur obésité de classe 3 et insuffisance respiratoire globale corrigée en partiel, de syndrome d'apnées/hypopnées du sommeil modéré, de tabagisme actif, sevré en mai 2018, et de nodule pulmonaire du lobe inférieur droit, en légère progression entre 2015 et 2018 ; au titre des comorbidités, étaient relevés une obésité de

classe 3, un syndrome métabolique avec diabète non insulino-requérant et un status après fractures multiples aux membres inférieurs à la suite de l'accident de travail de 2014.

Par décision du 20 février 2020, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, pour la période limitée du 1^{er} mars 2015 au 30 novembre 2016, selon les termes de son projet de décision du 27 juin 2018. A compter du 1^{er} décembre 2016, l'assuré ne pouvait plus prétendre à une rente d'invalidité, compte tenu d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à son état de santé, reconnue depuis septembre 2016, et d'un degré d'invalidité nul selon la comparaison des revenus avec et sans invalidité.

D. Le 11 mars 2020, B._____ a requis la prise en charge des frais afférents à un appareillage acoustique auprès de l'OAI, en raison d'une hypoacousie progressive depuis plusieurs années.

Par décision du 7 octobre 2020, l'OAI a refusé de prendre en charge les frais relatif au moyen auxiliaire précité, ce dernier étant du ressort de l'assurance-accidents, dans la mesure où la perte auditive de l'assuré était considérée comme une maladie professionnelle.

E. Dans l'intervalle, B._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI le 23 mars 2020. Etaient annexés à cette requête les pièces médicales suivantes :

- un rapport du Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 4 mars 2020, lequel retenait les diagnostics de gonarthrose post traumatique gauche sur status après fracture complexe ouverte de la jambe gauche datant du 20 mars 2014 et d'arthrose sous-talienne et talo-naviculaire droite sur status après fracture-luxation péri-talienne en date du

20 mars 2014 ; une « claire aggravation de la symptomatologie algique » était survenue depuis 18 mois au niveau de l'arrière-pied droit et du genou gauche ; la progression des troubles dégénératifs était confirmée par des bilans radiologiques, malgré une importante perte de poids ;

- un rapport de la Dre O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 16 mars 2020, laquelle mentionnait les diagnostics d'un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.1), de status post bypass gastrique par laparoscopie le 6 mai 2019, de syndrome d'apnées du sommeil appareillé, d'hypertension artérielle et de diabète en rémission depuis l'intervention de bypass, de dyslipidémie, de status post multiples fractures aux membres inférieurs, d'ostéopénie et de micronodules pulmonaires ; la spécialiste rapportait la présence de symptômes importants d'irritabilité, d'instabilité émotionnelle avec thymie abaissée, confusion, inquiétude, insomnie d'endormissement et intermédiaire, tristesse, pensées et ruminations négatives ; un traitement antidépresseur avait été introduit ;
- un certificat de la Dre L._____, médecin généraliste traitant, du 17 mars 2020, suggérant notamment le réexamen de la capacité de travail et du degré d'invalidité de son patient.

Entré en matière sur la seconde requête de prestations de l'assuré, l'OAI a recueilli des rapports auprès de ses médecins traitants.

La Dre O._____ a indiqué, le 13 juillet 2020, suivre l'assuré tous les mois depuis novembre 2019, en raison de la péjoration de son état de santé psychique (humeur dépressive, manque d'envie et d'intérêt, fatigue importante, épuisement, insomnie initiale, péjoration des douleurs, troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire). L'introduction du traitement antidépresseur avait permis une amélioration

partielle de son état. Depuis février 2020, l'assuré présentait des symptômes psychotiques, surtout le soir (méfiance, hallucinations auditives et irritabilité), ponctuels (environ une à deux fois par semaines). Une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale du 28 mai 2020 n'avait pas mis en évidence de particularités, ni de lésions organiques. Un traitement antipsychotique avait été entamé avec une bonne évolution en dépit de la persistance de symptômes dépressifs chroniques, de l'irritabilité, de la fatigue et d'un débordement psychologique. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et de 30 % à 40 % dans une activité adaptée. La spécialiste a notamment joint à son envoi le tirage d'un rapport de la Dre J. _____ du 25 mai 2020, laquelle concluait à une évolution favorable postérieurement à l'intervention de bypass. Le bilan biologique montrait l'absence de carences vitaminiques. Sur le plan métabolique, le diabète et l'hypertension étaient en rémission. Le traitement des apnées du sommeil avait pu être interrompu.

Par rapport du 3 décembre 2020, le Dr G. _____ a rappelé avoir suivi l'assuré depuis le 20 mars 2014. A sa dernière consultation du 26 novembre 2020, ce dernier présentait toujours des gonalgies gauches invalidantes, en sus d'une symptomatologie nouvelle au niveau de l'arc externe du pied droit au niveau de l'articulation calcanéocuboïdienne. Une infiltration n'avait pas entraîné le résultat escompté. L'assuré se déplaçait avec l'aide de cannes anglaises. La capacité de travail était nulle en qualité de maçon. Une reprise progressive pouvait être envisagée dans une activité sédentaire, sans déplacements prolongés, sans marche, ni descente d'escaliers ou d'échelles. La capacité de travail, purement théorique, dans une activité adaptée ne pouvait excéder 50 %.

Sollicité pour avis, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise des registres psychiatrique et orthopédique le 15 décembre 2020.

Désormais assisté de Me Jean-Michel Duc, l'assuré a fait parvenir à l'OAI, par courrier du 22 décembre 2020, des rapports établis

les 17 et 22 décembre 2020 par les Drs G._____ et L._____ sur questions de son mandataire.

Le 17 décembre 2020, le Dr G._____ a relaté qu'une IRM du pied droit démontrait une non-consolidation de l'arthrodèse sous-talienne et une décompensation en regard de l'articulation talo-naviculaire à droite. En dépit d'une amélioration de la stabilité de la cheville, les douleurs mécaniques de l'arc externe et en partie de l'arc interne du pied droit étaient en aggravation. Une progression des troubles dégénératifs post traumatiques en regard des articulations talo-naviculaire et calcanéocuboïdienne étaient visibles sur les examens radiologiques. Une gonarthrose tricompartimentale en discrète progression expliquaient des douleurs diffuses en aggravation au niveau du genou gauche. L'état de santé de l'assuré s'était globalement détérioré durant les années précédentes. En raison des douleurs des membres inférieurs, sa mobilité s'était considérablement réduite (déambulation avec une canne anglaise pour un périmètre d'environ 100 mètres ; recours à deux cannes anglaises pour un périmètre plus important). La capacité de travail reconnue à l'assuré était purement théorique, le spécialiste se déclarant convaincu que son patient ne pourrait « jamais reprendre une quelconque activité professionnelle ».

Quant à la Dre L._____, elle a rapporté, le 22 décembre 2020, les diagnostics de douleurs chroniques invalidantes des membres inférieurs, de trouble dépressif sévère et de trouble de la mémoire en cours d'investigation. L'état de santé s'aggravait. Une activité adaptée paraissait illusoire ; cas échéant, seule une reprise d'activité progressive (2 heures le matin, 2 heures l'après-midi) était envisageable avec un rendement diminué tant en raison des limitations articulaires que du défaut de concentration.

Par courrier subséquent du 30 décembre 2020, l'assuré a notamment requis qu'une expertise pluridisciplinaire soit réalisée dans son cas et inclue, en plus des volets psychiatrique et orthopédique, des examens des aspects neurologique et rhumatologique.

Le 8 janvier 2021, l'assuré a adressé à l'OAI le tirage d'un rapport de la Dre O._____ du 29 décembre 2020 répondant aux questions de son mandataire. Cette praticienne a, pour l'essentiel, réitéré les diagnostics et constats précédemment évoqués dans le cas de son patient, précisant qu'en l'état sa capacité de travail était nulle sur le marché libre du travail. Le pronostic était réservé ; une activité occupationnelle pourrait être envisagée selon l'évolution du tableau clinique.

Le 18 janvier 2021, le SMR a estimé qu'une expertise sur les plans psychiatrique et orthopédique était suffisante, l'opportunité de s'adjoindre les services d'un neuropsychiatre étant laissée au libre choix des futurs experts.

Le mandat a été confié au Centre N._____ le 16 septembre 2021.

A la demande de l'OAI, respectivement du SMR, la Dre O._____ a communiqué les rapports établis par le Centre K._____ du Centre hospitalier H._____ dans le cadre des investigations conduites en lien avec les troubles de la mémoire de l'assuré, à savoir :

- un rapport d'examen neuropsychologique du 15 avril 2021, mettant en évidence une atteinte modérée à sévère de la mémoire épisodique verbale et non-verbale, associée à des lacunes en mémoire autobiographique et de possibles difficultés en mémoire prospective, des troubles attentionnels modérés à sévères sous forme d'un ralentissement psychomoteur et de la vitesse de traitement, ainsi que de difficultés d'attention divisée, de même qu'un léger dysfonctionnement exécutif ;
- un rapport du 21 avril 2021, rédigé par le Dr W._____, chef de clinique, retenant un trouble neurocognitif léger

mnésique et dysexécutivo-attentionnel, lequel nécessitait la poursuite des analyses ;

- un rapport du 20 juillet 2021, rédigé par la Dre R._____, cheffe de clinique, retenant un trouble neurocognitif majeur, lequel requérait de plus amples examens ;
- un rapport du 31 août 2021 de la Dre R._____, concluant à un trouble neurocognitif majeur, probable variante comportementale de démence fronto-temporale, pour lequel des doutes diagnostiques subsistaient ; un contrôle clinique était planifié pour mars 2022.

Par pli du 20 décembre 2021, l'assuré a fait parvenir à l'OAI le tirage d'un rapport d'examen neuropsychologique établi le 20 septembre 2021 dans le cadre d'un nouveau séjour à la Clinique D._____, mis en place par la CNA. Etaient relatés des troubles attentionnels, un dysfonctionnement exécutif modéré et un déficit de cognition sociale, auxquels étaient associés des troubles mnésiques et des troubles sémantiques. La capacité fonctionnelle de l'assuré était « significativement limitée au quotidien et pour la plupart des sollicitations professionnelles ». Un bilan neuropsychologique de contrôle était recommandé dans un délai de 9 à 12 mois.

Un nouvel examen neuropsychologique a été réalisé auprès du Centre K._____ le 23 février 2022 à la demande du Centre N._____. Dans le rapport corrélatif, établi le 7 avril 2022 par la Dre R._____, cette dernière a observé une légère amélioration du tableau cognitif, à savoir la persistance de troubles mnésiques, la régression des difficultés en incitation verbale et attention divisée, ainsi que la diminution des difficultés de cognition sociale sur le versant émotionnel et leur amendement sur le versant cognitif. Il était conclu à un tableau cognitif, à prédominance mnésique, attentionnelle et exécutive, évoquant une souffrance cérébrale corticale fronto-temporale bilatérale, compatible avec les données de l'imagerie. Le trouble neuropsychologique était qualifié de moyen et pouvait s'expliquer par des composantes thymiques et hypoxiques. Un nouveau bilan à une année était préconisé. Aucune prise

en charge neuropsychologique n'était envisagée, faute de plaintes mnésiques formulées par l'assuré.

Les experts du Centre N._____, soit les Drs P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont produit leur rapport d'expertise bidisciplinaire le 18 mai 2022. Ils ont retenu les diagnostics incapacitants de status post fracture ouverte de la jambe gauche, post arthrodèse du pied droit et d'arthrose post traumatique du genou gauche. Le diagnostic de trouble dépressif léger, épisode isolé, était considéré comme sans incidence sur la capacité de travail. Dite capacité était nulle dans l'activité habituelle depuis l'accident de mars 2014, mais entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, à savoir sédentaire ou permettant le changement fréquent de positions, sans station debout prolongée, sans port de charges de plus de 10 kg, sans montées, ni descentes d'escaliers ou d'échelles. Des incapacités de travail transitoires étaient prises en considération en juin 2020 (arthrodèse) et de fin 2019 ou début 2020 jusqu'à août 2021 (motifs psychiatriques : dépression d'une sévérité marquée avec accompagnement de symptômes psychotiques).

Le SMR a fait siennes les conclusions des experts dans un avis du 6 octobre 2022.

Le 1^{er} février 2023, le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a déterminé le préjudice économique de l'assuré par comparaison des revenus et mis à jour un degré d'invalidité de 10 %, compte tenu de l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à 100 % dès août 2021.

La CNA a communiqué à l'OAI un tirage de la décision rendue le 2 mars 2023, consécutivement à l'annonce d'une rechute de l'accident de mars 2014. L'assuré était mis au bénéfice d'une rente d'invalidité de 17 % dès novembre 2022, après détermination de ce taux d'invalidité par

comparaison des revenus. Cette décision a été confirmée sur opposition le 25 octobre 2023.

Dans l'intervalle, par projet de décision du 30 mars 2023, l'OAI a signalé à l'assuré qu'il entendait lui allouer une rente entière d'invalidité pour la période limitée du 1^{er} décembre 2020 au 30 novembre 2021. Dès le 1^{er} décembre 2021, soit trois mois après l'amélioration retenue à partir d'août 2021, le degré d'invalidité de 10 % excluait le droit à une rente d'invalidité. L'OAI a octroyé une aide au placement à l'assuré par communication du même jour.

Le 5 mai 2023, l'assuré, toujours assisté de Me Duc, a contesté le projet de décision précité, sollicitant la suspension de la procédure administrative jusqu'à l'issue de la mesure d'aide au placement et le maintien du versement d'une rente entière d'invalidité au-delà du 30 novembre 2021. L'assuré faisait valoir ne pas être en mesure d'exercer une activité lucrative à plein temps, compte tenu de la gravité de ses atteintes à la santé d'ordre somatique et psychiatrique.

L'OAI a clôturé la mesure d'aide au placement le 22 juin 2023, à la suite de la renonciation de l'assuré à dite mesure en raison de son état de santé.

Par décision du 27 septembre 2023, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2020 au 30 novembre 2021 limitativement, conformément aux termes de son projet de décision du 30 mars 2023.

F. B._____, représenté par Me Duc, a déféré la décision susmentionnée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 1^{er} novembre 2023. Il a conclu, principalement, à sa réforme et au maintien du versement d'une rente entière d'invalidité au-delà du 30 novembre 2021 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. Il a fait grief à l'OAI de s'être fondé sur les conclusions du rapport

d'expertise du Centre N._____ du 18 mai 2022 pour retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès août 2021. Il a estimé que ledit rapport d'expertise ne pouvait se voir accorder une quelconque valeur probante, alors que les experts avaient minimisé la gravité de ses atteintes à la santé, tant sur le plan somatique que psychique. En particulier, le volet psychiatrique paraissait insuffisant, dans la mesure où l'expert du Centre N._____ n'avait procédé qu'à un seul examen de ce registre. En outre, il était généralement admis que les experts du Centre N._____ s'avéraient défavorables aux assurés. L'assuré a enfin requis l'assistance judiciaire, au vu de la précarité de sa situation financière.

Par décision du 18 novembre 2023, le magistrat instructeur a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance judiciaire dès le 1^{er} novembre 2023, en l'exonérant de frais et d'avance de frais, ainsi qu'en désignant Me Duc en qualité d'avocat d'office.

L'OAI a répondu au recours le 8 janvier 2024 et conclu à son rejet, relevant que l'assuré ne faisait valoir aucun élément nouveau.

Le 14 février 2024, l'assuré a renoncé à répliquer et s'est référé à la teneur de son mémoire de recours.

A la demande du tribunal, Me Duc a fait parvenir la liste des opérations effectuées dans la présente cause par pli du 28 février 2024.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances

compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile, auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière de l'assurance-invalidité au-delà du 30 novembre 2021, dans le contexte d'une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité formulée le 23 mars 2020.

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

b) En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi 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.

c) En l'occurrence, la décision attaquée date du 27 septembre 2023. Elle porte sur une demande de prestations déposée par le recourant le 23 mars 2020, compte tenu d'atteintes à la santé responsables

d'incapacités de travail à compter de 2014, respectivement 2018 ou 2019. Les pièces médicales et les événements fondant la décision litigieuse sont ainsi pour l'essentiel antérieurs au 1^{er} janvier 2022, de sorte qu'il y a lieu 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) Selon l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

5. a) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

b) Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Si, en revanche, la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI).

c) Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

6. a) Pour pouvoir 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 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) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

d) 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 asséculoologique. 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).

7. a) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). 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).

b) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

c) En fonction du tableau clinique, des ajustements devront être faits en conséquence lors de l'évaluation de certains indicateurs. Compte tenu par ailleurs du principe de proportionnalité, il peut être renoncé à

cette méthode d'administration des preuves, lorsque dans le cas particulier, une telle administration ne s'avère ni nécessaire, ni adéquate (ATF 143 V 418 consid. 7.1 ; 143 V 409 consid. 4.5.3).

8. a) On peut, en l'occurrence, constater que le rapport d'expertise du Centre N._____ est exhaustif et que les experts se sont déterminés en toute connaissance de cause sur l'ensemble des problématiques évoquées dans le cas du recourant. Les experts ont pris en compte l'évolution de son état de santé, les plaintes alléguées, et ont justifié leurs points de vue respectifs, en fonction des constats cliniques objectifs ressortant à leurs sphères de compétence. Leurs conclusions sont au demeurant dûment motivées, sans être contredites par des avis spécialisés subséquents. Dans ce contexte, on peut écarter les considérations d'ordre général soulevées par le recourant, selon lesquelles le Centre N._____ serait forcément défavorable aux assurés. On rappellera en effet que la méfiance à l'égard des experts doit apparaître comme fondée sur des éléments objectifs ressortant à un cas particulier, non pas sur des impressions, qui plus est celles d'un mandataire, pour justifier éventuellement un motif de récusation ou remettre en question la partialité des experts (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 et les arrêts cités ; 132 V 93 consid. 7.1).

b) S'agissant des conclusions rapportées par la Dre P._____ du point de vue orthopédique, cette spécialiste a examiné les conséquences de l'accident dont a été victime le recourant en 2014, en se fondant sur les résultats de son examen clinique, ainsi que sur les nombreux rapports spécialisés et documents d'imagerie versés à son dossier. Elle a dûment pris en compte les interventions effectuées aux membres inférieurs, ainsi que l'arthrose consécutive de la cheville droite et du genou gauche. Elle a en définitive retenu des diagnostics superposables à ceux indiqués par le Dr G._____, divergeant uniquement sur l'appréciation de la capacité de travail du recourant. A cet égard, on relève que les considérations du Dr G._____, notamment en lien avec le caractère « purement théorique » de la capacité de travail dans une activité adaptée, tiennent

vraisemblablement compte d'éléments étrangers à l'invalidité. Quoi qu'en dise ce spécialiste, on ne voit pas de sérieuses raisons, du point de vue strictement médical, de conclure que l'exigibilité d'une activité sédentaire, permettant l'alternance des positions, sans montées ni descentes d'escaliers ou d'échelles et sans port de charges, s'avérerait irréaliste ou trop contraignante, ce même au taux de 100 %. On soulignera au demeurant que l'exigibilité déterminée par la Dre P._____ rejoint celle retenue en son temps au sein de la Polyclinique I._____ (cf. conclusions du rapport d'expertise judiciaire du 26 juin 2018). Dans l'intervalle, le recourant a subi une arthrodèse sous-talienne droite le 8 juin 2020, laquelle a été considérée comme consolidée le 2 février 2021. Il souffre également d'arthrose de la cheville droite et du genou gauche. Cela étant, on ne voit pas que ces affections seraient susceptibles de générer des restrictions sévères et durables du point de vue fonctionnel dans une mesure se répercutant significativement sur l'exigibilité prise en considération dans son cas. Aux dires de la Dre P._____, les impacts concrets de ces atteintes à la santé sont « similaires dans tous les domaines de la vie », le recourant connaissant des limitations uniquement dans les tâches lourdes ou dans les déplacements. On ajoutera par ailleurs que l'experte du Centre N._____ a expressément rapporté une divergence entre l'intensité des douleurs décrites par le recourant et le maintien de son fonctionnement, ainsi que la faible demande d'antalgie (cf. rapport d'expertise du Centre N._____, expertise orthopédique, p. 41 et 42). Il convient en définitive de suivre l'appréciation de la Dre P._____ en ce qui concerne tant la capacité de travail du recourant que les limitations fonctionnelles retenues sur le plan orthopédique.

c) Eu égard à l'évaluation du registre psychiatrique, le Dr S._____ a relaté ses constats cliniques et les informations recueillies in casu en ces termes (cf. rapport d'expertise du Centre N._____, expertise psychiatrique, p. 59 ss) :

« [...] **4.3.1 Status**

L'assuré ne présente pas de trouble de la vigilance ou de l'attention. L'expertisé est orienté dans le temps et l'espace.

La mémoire immédiate est conservée. La mémoire à long terme sur certaines dates est moins précise. Précisons que l'assuré ne fait pas

de grandes erreurs dans l'enchaînement des événements et se situe correctement, au regard des informations du dossier, par rapport aux événements qui se sont passés un certain moment dans sa vie avant l'accident, mais également après l'accident.

Le cours de la pensée est dans la norme. L'expertisé est capable de répondre aux questions en restant sur le sujet investigué, sans digression.

Le contenu de la pensée est dans la norme. Il n'y a pas de rumination, de pensée obsessionnelle ni d'idée délirante décelées lors de l'entretien.

Il n'y a pas d'illusion, d'hallucination auditive, visuelle, tactile ou cénesthésique. La conscience de soi est présente. Il n'y a donc pas de perturbation de l'image corporelle ni de dépersonnalisation.

Il n'y a pas d'émoussement ou d'abrasion des affects qui sont appropriés. Il n'y a pas de labilité émotionnelle. Il n'y a pas d'irritabilités.

L'image de soi, l'estime de soi et la confiance en soi sont conservées, l'assuré ne présente à aucun moment un sentiment de fragilité sur ce point.

Pas de sentiments de culpabilité. Pas d'idées de dévalorisation. Pas d'attitude morose et pessimiste.

L'assuré est calme. L'humeur est légèrement triste et pas pendant tout l'entretien.

Le comportement est approprié. Il n'y a pas d'élément lié à une compulsion ni à une impulsion.

4.3.2 Examens complémentaires

En raison de l'absence de prise de traitement psychiatrique, nous n'organisons pas de dosage.

4.3.3 Bilan neuropsychologique

Rapport du 4 avril 2022, Centre K. _____, Dr R. _____, effectué à notre demande :

Basé sur un entretien le 23.03.2022.

Un diagnostic de variante comportementale de dégénérescence fronto-temporale cliniquement « probable » a été retenu précédemment. Le doute diagnostique persiste.

Lors de cet entretien, le patient explique aller beaucoup mieux depuis la dernière consultation. Il a interrompu ses traitements (Brintellix, Trittico, Haldol). Le moral est meilleur, rémission des symptômes anxieux, pas de trouble du sommeil, ni d'hallucinations visuelles ou auditives. Reprise des activités physiques. Suivi psychiatrique interrompu étant donné l'amélioration clinique.

La réévaluation neuropsychologique évoque une légère amélioration du tableau cognitif.

La cinétique de l'évolution des troubles est plutôt en défaveur d'une origine neurodégénérative. La consœur conclut sur une étiologie mixte (thymique, iatrogène et une possible phéno-copie DFT).

5. INFORMATIONS ÉVENTUELLES FOURNIES PAR DES TIERS

Entretien téléphonique le 24.11.2021 avec Dr O. _____ à [...], psychiatre de l'assuré.

Dr O. _____ confirme que son patient va mieux depuis les deux derniers rendez-vous qu'elle a eus avec lui.

Cependant, elle précise qu'elle sent son patient comme étant « à côté de la plaque » plus loin dans le passé, qu'elle a observé aussi des troubles d'élocution et elle a craint une certaine forme de « lune

de miel », à savoir une rechute possible dans les prochaines semaines ou mois. Elle considère cette situation bizarre, ne croit pas trop à une amélioration durable. Elle penserait également à une forme d'anosognosie ou une forme de démence qui s'installerait avec une clinique instable, tout en sachant qu'elle valide le fait que cette situation n'est pas claire. Elle précise également que son patient, normalement, serait vu une fois par mois, mais qu'en réalité les séances une fois tous les deux mois sont dues à des rendez-vous ratés ou des pertes de papiers sur lesquels il note les rendez-vous.
[...]

6.4 Discussion des diagnostics retenus

Au moment de notre entretien, nous n'avons plus aucun argument pour évoquer un processus évolutif de type démence. L'assuré ne présente pas de trouble cognitif majeur. Ceci est confirmé par le rapport _____ complémentaire _____ du Dr R. _____ du 4 avril 2022.

Nous retenons un diagnostic de dépression d'intensité légère, bien que la tristesse ne soit pas présente toute la journée et presque tous les jours. En revanche, l'anhédonie peut être retenue comme présente.
[...]

Aujourd'hui, nous pouvons conclure avec une vraisemblance prépondérante que l'assuré a développé une dépression entre fin 2019 et début 2020, d'après les rapports de sa psychiatre, que cette dépression a été sévère avec des symptômes psychotiques, diagnostic différentiel d'une dépression associée à des troubles psychotiques passagers, avec un impact majeur sur les cognitions, cette phase s'étant amendée aux alentours d'août/septembre 2021.
[...] »

Quoi que soutienne le recourant, on ne voit pas que le Dr S. _____ aurait procédé à une analyse expéditive ou incomplète de son état de santé psychique. On relève bien plutôt que ce spécialiste a examiné les rapports médicaux versés au dossier et sollicité une nouvelle évaluation neuropsychologique au sein du Centre K. _____. Il s'est également entretenu avec les différents intervenants, telles que la psychiatre traitante du recourant et la spécialiste du centre précité. Fondé sur les éléments objectifs résultant de son examen, l'expert s'est enfin déterminé, de manière à emporter la conviction, sur la capacité de travail du recourant. On relève qu'il s'est rallié dans un premier temps à l'appréciation _____ de _____ la Dre O. _____, dès la fin de l'année 2019, avant de constater, dans un second temps, une amélioration rapportée dès août 2021 par le recourant lui-même et corroborée par les évaluations rassurantes, établies au sein du Centre K. _____. On ne saurait ainsi considérer que le volet

psychiatrique de l'expertise réalisée au sein du Centre N._____ serait superficiel ou insuffisant. On rappellera, au surplus, que la durée de l'examen d'expertise ou le nombre de séances ne sont pas, en soi, des critères de la valeur probante d'un rapport médical (TF 9C_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 6.2 ; 9C_542/2020 du 16 décembre 2020 consid. 7.4 et les références).

d) S'agissant des indicateurs préconisés par la jurisprudence fédérale, le Dr S._____ s'est exprimé comme suit (cf. rapport d'expertise du Centre N._____, expertise psychiatrique, p. 72 et 73) :

« [...] Il n'y a aujourd'hui, sur le plan psychiatrique, aucun impact sur les domaines de la vie au sens professionnel, car l'assuré, s'il n'était pas limité physiquement, pourrait continuer à fonctionner à travailler. La question qui serait en suspens serait sa capacité à travailler sur un chantier, ayant été dans le passé probablement traumatisé. Même si nous ne retenons pas un état de stress post-traumatique, une telle réexposition nécessiterait un accompagnement. Évidemment, la question de l'absence de capacités physiques, que nous ne commenterons pas, nous laisse entendre que cette hypothèse n'est pas plausible.

Il reste néanmoins un impact sur son domaine de vie privée, tout en sachant que cet assuré reste néanmoins très isolé, déjà bien avant l'accident, alors même qu'il n'a pas d'antécédent psychiatrique de par le passé. Il s'agit probablement d'un mode de vie installé depuis un certain temps chez quelqu'un de peu intégré, qui ne maîtrise pas totalement la langue française, qui est venu pour travailler en Suisse et qui n'avait, semble-t-il, pas d'autre projet. Son seul projet actuel est d'essayer d'aller mieux sur le plan de sa santé physique.

Nous ne retenons pas de bénéfice secondaire à la maladie.

Il n'y a pas de limitation fonctionnelle invoquée par l'assurée sur le plan psychiatrique.

Il n'y a pas de divergence entre les plaintes et l'attitude de l'assuré. Le tableau clinique est cohérent.

Les plaintes sur le plan psychiatrique ne sont pas formulées. Il se plaint sur le plan des douleurs et ses plaintes sont plutôt précises, en ciblant certains organes et certaines parties du corps.

L'assuré n'est pas démonstratif, n'exagère pas, ne simule pas.

[...]

Capacités : elles sont surtout limitées sur le plan physique. Il y a peut-être aussi un manque d'habitude de s'occuper pleinement de soi, nous n'avons pas la possibilité de comparer à ce que faisait l'assuré avant l'accident, au moment où il n'était pas limité sur le plan physique. S'occupait-il effectivement tout seul de son ménage ou avait-il à ce moment-là d'autres aides ou simplement une qualité d'occupation de son ménage limitée ? Nous n'en avons pas les éléments suffisamment précis aujourd'hui.

Sur le plan des relations, il est limité depuis toujours, reste assez isolé. Peu d'activités, qui sont aussi limitées sur le plan physique actuellement. Il ne décrit pas non plus d'envie majeure pour mener

certaines activités, probablement en raison d'une certaine anhédonie encore présente.

Ressources : l'entourage est présent seulement une fois par année lorsqu'il va voir la famille. Il n'a pas de formation spécifique et n'a jamais travaillé dans un autre domaine que le domaine de la maçonnerie.

Difficultés : isolement social, éloignement de son environnement familial qui pourtant ne lui avait pas posé de problème dans le passé. Une désinsertion sociale qui, semble-t-il, est également présente de longue date.

Limitations fonctionnelles : nous ne retenons pas de limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique. [...] »

Quand bien même cette appréciation est relativement succincte, il n'en demeure pas moins qu'elle apparaît cohérente avec les données anamnestiques fournies par le recourant. Force est donc de constater qu'eu égard à ses ressources et capacités, le recourant n'a pas connu une altération significative de sa situation pour des motifs psychiatriques.

e) En définitive, en l'absence d'éléments médicaux nouveaux subséquents, on ne voit pas de raison de se distancer des conclusions rapportées par le Centre N. _____ le 18 mai 2022. Il convient donc de retenir que le recourant est doté d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, sous réserve de la période débutant en fin d'année 2019 et s'achevant en août 2021, durant laquelle il a connu une incapacité totale de travail motivée par une atteinte à la santé psychique dûment prise en charge et désormais amendée.

9. a) Selon l'art. 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF

8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

b) La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité, où elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré (art. 7 et 8 LPGA). C'est le principe d'uniformité de la notion d'invalidité, lequel règle la coordination de l'évaluation de l'invalidité en droit des assurances sociales. Des divergences ne sont toutefois pas à exclure d'emblée. S'ils ne peuvent pas ignorer purement et simplement l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé un autre assureur social dans une décision entrée en force, ils doivent s'en écarter s'ils ont des motifs pertinents de le faire. Cela ne sera en principe qu'exceptionnellement le cas. L'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.2.1, 126 V 288 consid. 2a et 2d). Il faut en outre tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4, 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2).

c) Le recourant ne fait valoir aucun grief à l'encontre de l'évaluation de l'invalidité opérée par l'intimé, singulièrement eu égard aux revenus avec et sans invalidité déterminés sur la base des statistiques salariales dans son cas. Dans la mesure où le préjudice déterminé par l'intimé à compter d'août 2021 n'apparaît pas critiquable, on peut confirmer le taux d'invalidité de 10 % mis en évidence le 1^{er} février 2023. Faute d'atteindre le seuil de 40 % prévu par l'art. 28 al. 2 LAI, le recourant

ne peut donc pas prétendre à une rente de l'assurance-invalidité au-delà du 30 novembre 2021, soit trois mois après la survenance de l'amélioration de son état de santé psychique objectivée au sein du Centre N. _____ (cf. art. 88a al. 1 RAI).

d) On ajoutera que même s'il convenait de retenir le degré d'invalidité fixé par la CNA dans sa décision du 2 mars 2023, cela n'aurait aucune incidence sur le droit aux prestations de l'assurance-invalidité du recourant au-delà du 30 novembre 2021.

10. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 27 septembre 2023 confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés au recourant qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, puisqu'il a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 28 novembre 2023.

c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre à des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

d) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc, à compter du 1^{er} novembre 2023 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1, let. c, CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

aa) Conformément à l'art. 2 al. 1 RAJ (règlement vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; BLV 211.02.3), le conseil juridique commis d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et

du temps consacré par le conseil juridique commis d'office, le juge appréciant l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès. Un tarif horaire de 180 fr. s'applique s'agissant d'un avocat, de 110 fr. pour un avocat-stagiaire, de 140 fr. pour un agent d'affaires breveté et de 90 fr. pour un stagiaire d'agent d'affaires breveté (art. 2 al. 1 let. a et b RAJ).

bb) L'octroi de l'assistance judiciaire crée une relation de droit public cantonal entre l'avocat et l'Etat. Il s'agit de la prise en charge d'une mission étatique visant la protection des indigents, raison pour laquelle la partie représentée n'a pas le droit de changer de conseiller juridique sans l'autorisation de l'Etat et sans des raisons objectives pouvant faire penser qu'une représentation appropriée de ses intérêts n'est plus garantie par l'avocat désigné par l'Etat (ATF 140 I 70 consid. 6.1 et 6.2). En matière de défense d'office, le requérant ne dispose pas d'une liberté de choix illimitée de son défenseur. Le droit cantonal ne viole pas les garanties constitutionnelles en limitant celle-ci à l'assistance d'office d'un mandataire ayant justifié de connaissances suffisantes lors d'un examen étatique approprié, comme c'est le cas par exemple des avocats et des agents d'affaires brevetés. Le fait qu'un plaideur puisse mandater à titre privé une personne non inscrite au tableau pour le représenter devant les tribunaux dans des domaines qui échappent au monopole des avocats ne signifie pas encore qu'une telle personne puisse être nommée d'office (ATF 125 I 161 consid. 3b).

Sont seuls autorisés à assister gratuitement une partie au sens de l'art. 37 al. 4 LPGA les avocats brevetés qui – aussi longtemps qu'ils ne sont pas employés par une organisation reconnue d'utilité publique – remplissent par analogie les conditions personnelles pour être inscrits au registre au sens de l'art. 8 al. 1 LLCA (loi fédérale du 23 juin 2000 sur la libre circulation des avocats ; RS 935.61). L'avocat inscrit au tableau cantonal peut toutefois déléguer à l'avocat-stagiaire les tâches impliquant la rédaction de mémoires et d'actes de procédures, ainsi que la représentation des parties en justice pour autant qu'il en assume la

supervision, la direction et la responsabilité (art. 28 ss LPav [loi vaudoise du 9 juin 2015 sur la profession d'avocats ; BLV 177.11]).

Une décision du juge de réduire la note d'honoraires présentée par le mandataire désigné d'office de la part d'honoraires correspondant à l'activité déployée par un collègue de la même étude d'avocats au bénéfice d'un pouvoir de substitution en vertu d'une convention interne à l'étude, alors qu'aucune autorisation judiciaire pour cette substitution n'avait été demandée et obtenue, n'a pas été qualifiée d'arbitraire selon le Tribunal fédéral (ATF 141 I 70 consid. 6).

cc) Me Duc a signé et produit le 28 février 2024 la liste des opérations effectuées pour le compte du recourant. Il a fait état de 6 heures et 16 minutes (6,27 heures) consacrées à la présente procédure par un avocat, collaborateur de son étude, X._____. Dans la mesure où aucune autorisation judiciaire n'a été demandée pour cette substitution, Me Duc n'était pas en droit de déléguer à ce collaborateur des tâches relevant de son mandat d'office. Il ne peut par conséquent prétendre aucune indemnisation pour l'activité de ce dernier.

d) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il demeure tenu de rembourser les frais judiciaires, dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC. Il incombera à la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes de fixer les modalités de ce remboursement.

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 27 septembre 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Jean-Michel Duc, à Lausanne (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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

La greffière :