

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 avril 2022

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Dormond Béguelin et M. Oppikofer, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

Y. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. a) Le 30 mars 2015, Y._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1965, ressortissant [...] d'origine [...], titulaire d'un permis B, a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en faisant état de troubles à son pied droit depuis l'accident dont il avait été victime le 2 décembre 2013, lors duquel l'un de ses collègues, en reculant avec un transpalette, lui avait touché le pied en question, causant une fracture de l'os naviculaire.

Dans le cadre de la prise en charge des suites de l'accident, l'assuré avait effectué un séjour à la Clinique Z._____ ([...]) du 24 septembre au 29 octobre 2014 à l'issue duquel un rapport, daté du 27 novembre 2014, avait été établi, faisant état des diagnostics de « Thérapies physiques et fonctionnelles pour limitations fonctionnelles et douleurs chroniques du pied droit », ainsi que de probable syndrome douloureux régional complexe du pied droit (SDRC) de type I, au décours, d'arthrose du Lisfranc droit et d'accident au travail le 2 décembre 2013 avec fracture non déplacée de l'os naviculaire et fracture non déplacée de la base du 1^{er} métatarsien à droite, justifiant un traitement conservateur. Les médecins de la [...] avaient en outre retenu des limitations fonctionnelles provisoires, soit les activités nécessitant le maintien d'une position debout prolongée et celles nécessitant la marche en terrains irréguliers. Une stabilisation médicale était attendue pour début 2015 et le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de manœuvre-étancheur était défavorable au vu des facteurs non médicaux, chez un patient ne maîtrisant pas le français, au contrat de travail temporaire, focalisé sur les douleurs.

Dans un rapport d'examen final du 11 février 2015, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) - assureur-accidents qui a pris en charge le cas de l'assuré - s'était notamment exprimé en ces termes :

« 5. Appréciation

Notre assuré, manœuvre, ...][...], travaillant dans le domaine de l'étanchéité, est victime d'un traumatisme du pied D [droit] le 02.12.2013 se soldant par une fracture non déplacée du scaphoïde tarsien D.

Le traitement est, à juste titre, conservateur avec immobilisation plâtrée.

L'assuré est vu à l'agence le 20.08.2014. Il rapporte des douleurs à la face interne du pied D avec un périmètre de marche limité à 15-20 minutes. On ne relève pas de signe de Sudeck actif. L'assuré est adressé à la Clinique Z._____ où il séjourne du 24.09 au 29.10.2014. Une scintigraphie osseuse mentionne des éléments compatibles avec une algodystrophie au décours. Les bilans radiologiques confirment la consolidation de la fracture et un CT-scan montre une arthrose débutante du Lisfranc D. L'assuré est équipé de baskets avec barre de déroulement mais, au terme du séjour, on ne rapporte pas d'amélioration significative bien que l'assuré ait pu être sevré de la canne pour la marche. Des limitations fonctionnelles provisoires sont retenues et on s'attend à une stabilisation médicale pour début 2015.

Subjectivement, l'assuré garde des douleurs au niveau de son pied D. Son périmètre de marche est d'environ 30 minutes. Son pied aurait tendance à présenter un œdème. Le patient est équipé de nouvelles chaussures prescrites par la Policlinique de l'Hôpital d'[...] depuis octobre. Depuis le port des chaussures, des gonalgies bilatérales seraient apparues. L'assuré porte un bas de contention au niveau de son MID [membre inférieur droit].

Objectivement, le pied D est calme et ne présente pas de signe de Sudeck. Les articulations sous-taliennes et du médio-tarse sont souples. Le patient marche sur le bord externe du pied D, sans déroulement du pas. Le sautellement unipodal est refusé. La circonférence des mollets et des cuisses du MID ne montre pas de différence par rapport au côté G [gauche].

On doit admettre que la situation est stabilisée.

On confirme les limitations fonctionnelles émises à la Clinique Z._____ que sont : les activités nécessitant une position debout prolongée, la marche en terrain irrégulier ainsi que les travaux accroupis.

Dans une activité respectant ces limitations, M. Y._____ peut faire valoir une pleine capacité de travail. ».

Par décision sur opposition du 3 septembre 2015 confirmant une décision du 5 août 2015, la CNA avait considéré que l'assuré était en mesure de travailler à 100% dans une activité adaptée des domaines de l'industrie - en évitant une position debout prolongée, la marche en terrain

irrégulier ainsi que les travaux accroupis. Cette décision a été confirmée par arrêt de la Cour des assurance sociales du Tribunal cantonal (CASSO) du 31 octobre 2017 (AA 92/15 - 116/2017).

A la suite de la première demande de prestations déposée auprès de l'OAI, celui-ci a, par décision du 2 mai 2016, confirmant un projet du 7 mars 2016, refusé à l'assuré le droit à des prestations (rente et mesures professionnelles), en mentionnant ce qui suit :

« **Résultat de nos constatations :**

Le 30 mars 2015, vous avez déposé une demande de prestations AI.

Manœuvre (sic) dans l'étanchéité pour le compte d'une entreprise de travail temporaire, vous avez été victime d'un accident du travail le 2 décembre 2013 (pied droit).

Dans le cadre de l'intervention précoce, notre assurance a pris en charge des cours de français afin de vous aider à devenir plus attractif sur le marché de l'emploi et retrouver un travail dans le secteur industriel.

Après analyse de votre situation, nous constatons que vous n'êtes plus à même d'exercer l'activité habituelle de manœuvre en raison de votre atteinte à la santé. Par contre, dans une activité adaptée – éviter un travail en position debout prolongé, en terrain irrégulier, accroupi – vous conservez une capacité de travail de 100% dès le 1^{er} août 2015.

Le droit potentiel à une rente naît le 1^{er} décembre 2014 (échéance du délai d'attente d'une année). Vous avez cependant déposé votre demande le 30 mars 2015. Votre demande est donc tardive et une rente ne peut être allouée que six mois après son dépôt, soit le 1^{er} septembre 2015. Or, à cette date, vous présentez une capacité de travail entière dans un travail adapté.

[...]

Compte tenu de ce qui précède, nous constatons que le revenu d'invalidé auquel vous pouvez raisonnablement prétendre en exerçant une activité adaptée non qualifiée à [1]00% est plus élevé que celui que vous avez réalisé avant votre atteinte à la santé.

Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on peut convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et sont donc adaptées à votre handicap.

Dès lors, le droit à des mesures professionnelles et à une rente AI n'est pas ouvert. »

Par arrêt du 2 juillet 2018 (AI 133/16 - 211/2018) faisant suite au recours de l'assuré contre la décision du 2 mai 2016, la CASSO a confirmé cette décision, en retenant notamment ce qui suit au considérant 5 :

« **a)** En l'espèce, le recourant a été victime d'un accident professionnel le 2 décembre 2013 lequel a entraîné une fracture non déplacée de l'os naviculaire associée à une fracture non déplacée de la base du 1^{er} métatarsien à droite. Un traitement conservateur a été privilégié avec immobilisation plâtrée, puis sous forme de physiothérapie et de confection de chaussures adaptées (lit plantaire incorporé et barre de déroulement). Lors du séjour du recourant à la Clinique Z._____ du 24 septembre au 29 octobre 2014, le diagnostic de probable syndrome douloureux régional complexe du pied droit (SDRC) de type I, au décours a également été posé (cf. rapport du 27 novembre 2014). Dans leur appréciation, les Drs [...] et [...] avaient alors retenu des limitations fonctionnelles provisoires, à savoir qu'il fallait éviter les activités nécessitant le maintien d'une position debout prolongée ainsi que celles impliquant la marche en terrain irrégulier. La situation n'étant pas stabilisée lors de ce séjour, les médecins estimaient le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de manœuvre-étancheur défavorable et relevaient que des facteurs contextuels (absence de contrat de travail et mauvaise connaissance du français) jouaient un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées et influençaient défavorablement le retour au travail. Dans son rapport final du 11 février 2015 faisant suite à un examen clinique de l'assuré à la même date, le Dr Q._____ a considéré que le cas était stabilisé et qu'il y avait lieu d'examiner la capacité de travail résiduelle de l'assuré. Il a ainsi noté un pied droit calme, le SRDC ayant disparu, ainsi que des articulations sous-taliennes et du médio-tarse souples. Il a en outre constaté une marche sur le bord externe du pied droit, sans déroulement du pas. Par ailleurs, la circonférence des mollets et des cuisses du MID ne montrait pas de différence par rapport au côté gauche. Au vu de ses constatations, il a estimé que le recourant ne pouvait plus travailler dans son activité habituelle. Compte tenu des limitations fonctionnelles évoquées par les médecins de la Clinique Z._____, avec la précision que l'exécution de travaux en position accroupie devait être évitée, il a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Dans un courrier du 24 juillet 2015, la Dresse [...] a rapporté que les lésions fracturaires du pied étaient consolidées et confirmait l'absence de phénomène algodystrophique évolutif. Elle ne s'est toutefois pas prononcée sur la capacité de travail de l'intéressé. Le rapport médical du 24 juin 2015 du Dr M._____ adressé à l'intimé ne permet pas de battre en brèche les conclusions du Dr Q._____. Le Dr M._____ retient le diagnostic de « SRDC dans les suites ». Outre le fait que ce diagnostic contredit les constatations des Drs Q._____ et [...], il n'est pas documenté. Confirmant que le cas était stabilisé et que l'activité habituelle n'était plus possible, le Dr M._____ a retenu les mêmes limitations fonctionnelles que celles énumérées par les médecins de la Clinique Z._____ et le Dr Q._____ à savoir : pas d'activités uniquement en position debout, exercées principalement en marchant (terrain irrégulier), en

position accroupie et en ajoutant pas de montée sur une échelle/un échafaudage, sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Dans ses réponses au questionnaire complété le 1^{er} octobre 2015, le Dr M. _____ a considéré que le recourant était partiellement apte à travailler et sans port de charges sans avancer d'éléments permettant de justifier cette appréciation différente de la capacité de travail du recourant. Le fait que le recourant ait dû cesser une activité professionnelle en mai 2016 ne permet pas de procéder à une évaluation différente. Outre le fait que l'activité en question n'est pas décrite, ce qui ne permet pas de savoir si elle doit être considérée comme adaptée, l'incapacité de travail attestée ne l'a été que pour une courte période, soit du 17 au 20 mai 2016. Quant au rapport du Dr [...] du 3 octobre 2016, il ne saurait remettre en cause les conclusions du Dr Q. _____. Ce médecin en effet y a essentiellement décrit les plaintes de l'intéressé, a relevé que les fractures de l'os naviculaire et de la base du 1^{er} métatarsien n'étaient plus visibles et a constaté l'absence d'instabilité au niveau de l'arrière ou du médio-pied (cf. radiographies réalisées lors de l'examen du 28 septembre 2016). A l'instar du SMR (cf. avis médical du 14 décembre 2016), il convient de retenir que ces constatations sont superposables à celles de la Clinique Z. _____, le Dr [...] ne s'étant au demeurant pas prononcé sur la capacité de travail de l'assuré.

En cours de procédure de recours, l'assuré a produit un rapport médical intermédiaire du 28 janvier 2017 du Dr V. _____ à la CNA mentionnant le développement d'un état anxio-dépressif, un courrier du 3 janvier 2018 des médecins des Etablissements hospitaliers A. _____ faisant état d'une entorse de la cheville gauche en août 2017, ainsi qu'un rapport du 16 février 2018 du service de neurologie du Centre hospitalier J. _____ retenant la présence d'une radiculopathie L5 gauche. Cela étant, les rapports précités ne sont pas propres à établir la survenance, postérieurement à l'examen clinique effectué par le Dr Q. _____ et antérieurement à la décision litigieuse du 2 mai 2016, d'une aggravation de l'état de santé de l'intéressé affectant sa capacité de travail. En d'autres termes, les médecins précités font état de nouveaux diagnostics apparus postérieurement à la décision entreprise. Or, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243; 121 V 362 consid. 1b p. 366). En effet, pour autant qu'une péjoration de l'état de santé du recourant soit mise en évidence, celle-ci n'est pas intervenue avant la décision attaquée. Ces éléments, s'ils sont susceptibles de fonder une nouvelle demande, ne s'avèrent dès lors pas déterminants in casu.

b) Au vu des éléments précités, la Cour retient que le rapport d'examen clinique du 11 février 2015 du Dr Q. _____ a pleine valeur probante. En effet, l'appréciation de la situation médicale est claire et motivée. Le rapport du Dr Q. _____, fondé tant sur l'examen clinique du recourant que sur l'ensemble du dossier, comporte un résumé des pièces au dossier, fait état des plaintes du

recourant, contient les constatations de l'examen clinique et procède à une appréciation du cas. Bien que rendu au cours de la procédure administrative en matière d'assurance-accidents, le rapport d'examen clinique final du Dr Q._____ constitue une évaluation médicale sur laquelle l'intimé était fondé à s'appuyer pour constater, sous l'angle du droit de l'assurance-invalidité, que si le recourant présentait une affection au pied droit, celle-ci ne l'empêchait toutefois pas d'exercer une activité adaptée à plein temps dès le 1^{er} août 2015, étant précisé que l'intéressé ne présentait pas d'autres affections que celles en lien avec l'événement accidentel. Dans ce contexte, il n'était pas nécessaire de solliciter le SMR, lequel procède pour l'essentiel à la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et émet des recommandations quant à la suite à donner au cas sur le plan médical. En l'occurrence, tel a été le cas lors de la production par le recourant en cours de procédure d'un certain nombre de documents médicaux lesquels ont été soumis au SMR pour appréciation (cf. avis médicaux des 14 décembre 2016 et 19 mars 2018).

C'est ainsi à juste titre que l'intimé a estimé que le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1^{er} août 2015. »

B. Dans l'intervalle, soit le 22 décembre 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, à la suite d'une entorse de cheville gauche subie lors d'un accident survenu le 16 août 2017.

Par courrier du 3 janvier 2018, l'OAI a indiqué à l'assuré que dans la mesure où sa précédente demande était toujours pendante devant le Tribunal cantonal, il examinerait si les conditions d'une entrée en matière sur sa nouvelle demande étaient remplies à réception du jugement.

Le jugement (arrêt) en question ayant été rendu le 2 juillet 2018, le service juridique de l'OAI a indiqué, dans un avis du 25 septembre 2018, qu'il y avait lieu d'examiner si les conditions d'une entrée en matière sur la demande du 22 décembre 2017 étaient remplies.

Dans un rapport du 12 octobre 2018, le Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de fracture non déplacée de l'os naviculaire droit et fracture non déplacée de la base du 1^{er} métatarsien à droite à la suite d'un accident de travail, de

syndrome douloureux régional complexe (CRPS) et par la suite de neuroalgodystrophie du pied et de la cheville droits, d'arthrose de Lisfranc à droite, de distorsion de la cheville gauche à la suite d'un traumatisme et d'atteinte chronique radiculaire L5-S1 gauche sur hernie discale paramédiane gauche en L4-L5. A titre de limitations fonctionnelles, il a mentionné une importante boiterie à gauche, des douleurs au pied droit et à la cheville droite, ainsi que des douleurs au pied gauche et à la cheville gauche en position debout prolongée. Il a attesté une incapacité de travail à 100% du 1^{er} janvier au 17 septembre 2018 et de 50% dans une activité adaptée depuis le 17 septembre 2018 pour une durée indéterminée.

Le médecin précité a fourni, en annexe à son rapport, un avis de sortie de la Clinique Z._____ du 7 août 2018, dans lequel on apprend que l'assuré y a séjourné du 10 juillet au 7 août 2018, qu'il a subi un traumatisme en torsion de la cheville gauche et qu'il souffre d'une probable atteinte chronique radiculaire L5-S1 gauche.

Il ressort également d'un rapport du 9 août 2018 établi à la suite d'un consilium psychiatrique effectué au sujet de l'assuré à la Clinique Z._____, qu'aucun diagnostic psychiatrique n'a été retenu.

Par communication du 16 novembre 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre des mesures d'intervention précoce et que l'instruction de la demande de prestations se poursuivait.

Par certificat médical du 24 août 2019, le Dr V._____ a mentionné qu'une incapacité de travail à 50% était justifiée compte tenu de la symptomatologie douloureuse qui ne connaissait pas d'amélioration.

Selon un rapport de consultation ambulatoire de neurochirurgie du 4 janvier 2019 du Dr I._____, spécialiste en neurochirurgie auprès de la Clinique P._____, l'IRM lombo-sacrée effectuée le 5 décembre 2018 mettait en évidence un canal lombaire passablement rétréci en L4-L5 sur arthrose facettaire et hypertrophie du

ligament jaune avec possible petite hernie discale en position paramédiane gauche aggravant le rétrécissement du canal à ce niveau. Toutefois, dès lors que le patient ne présentait aucune douleur irradiant dans la jambe droite, il existait un doute quant à l'existence d'une claudication neurogène. Le spécialiste ne préconisait ainsi aucun traitement hormis une éventuelle infiltration à l'étage L4-L5 ou une décompression du canal lombaire étroit en L4-L5 si la claudication neurogène devait se manifester et se confirmer dans les mois à venir.

Le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès des Etablissements hospitaliers A. _____ ([...]), a, pour sa part, constaté, dans un rapport du 4 avril 2019, une nette amélioration des symptômes lombaires mais a attesté une incapacité de travail à 100% à réévaluer, essentiellement en raison des douleurs mécaniques de la cheville gauche, limitant la marche avec tuméfaction subséquente.

Dans un avis du 15 janvier 2020, le Dr W. _____ du Service médical régional AI (SMR) a mentionné ce qui suit :

« **Discussion**

Même si une discrète arthrose de Lisfranc est évoquée pour le pied droit, l'ensemble des RM [rapports médicaux] évoque une résolution de l'accident en 2013. Nous ne pouvons donc admettre une aggravation de cette lésion de la cheville droite. Par contre, il existe en août 2017 une entorse de la cheville gauche et dans la suite proche, mise en évidence d'une claudication neurogène gauche due à une atteinte radiculaire avec une atteinte objectivée à l'ENMG [électro-neuro-myographie]. Dans ces conditions, nous admettons une aggravation de l'état de santé à partir de l'accident d'août 2017. Concernant l'entorse gauche de la cheville, celle-ci était minime et c'est clairement les lésions vertébrales qui sont à l'origine de la claudication neurogène. Devant l'amélioration des douleurs lombaires, une reprise de travail à 50% est décidée au 17.09.2018. Nous notons qu'à aucun moment une sanction chirurgicale de la hernie ou du canal lombaire étroit n'a été envisagée. Mais une nouvelle IT [incapacité de travail] 100% survient en raison des douleurs de la cheville sans description de LF [limitations fonctionnelles]. Nous constatons que cette dernière IT 100% repose uniquement sur des phénomènes douloureux. Nous constatons aussi que les CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] n'ont pas du tout été envisagée (sic) depuis août 2017. **Les derniers éléments étant anciens, nous remercions la gestionnaire d'interroger, dans un premier temps, les différents médecins sur l'évolution des soins, des status et des CT en particulier**

pour une AA. Il serait aussi intéressant de savoir si l'assuré bénéficie d'un suivi psychiatrique et dans ce cas d'interroger le psychiatre. »

Par certificat médical du 20 janvier 2020, le Dr V._____ a estimé la capacité de travail de son patient à 50% maximum dans une activité adaptée, en raison des douleurs persistantes mais également en tenant compte d'un contexte psychosocial difficile (notamment communication difficile avec autrui, incapacité à exercer sa profession d'origine de photographe). Il a précisé que l'assuré avait eu un accident de voiture le 12 décembre 2019 qui lui avait occasionné de multiples contusions et qu'il était en arrêt de travail depuis ce jour jusqu'au 31 janvier 2020, date à laquelle la capacité de travail devait être réévaluée.

Dans un rapport du 11 mai 2020, le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin auprès de l'Association [...], en charge du suivi de l'assuré depuis le 15 novembre 2018, a fait état d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive depuis 2018 (F43.22). Il a précisé que les limitations étaient en rapport avec ses douleurs somatiques qu'il n'était pas en mesure d'évaluer et que les symptômes psychiques étaient en réaction aux douleurs. Le médecin précité a mentionné que l'on pouvait raisonnablement attendre du patient qu'il travaille 2 à 3h par jour dans une activité adaptée, tout en retenant que celui-ci pouvait avoir une capacité de travail entière dans une activité valorisante.

Par avis SMR du 9 juin 2020, le Dr W._____ a écrit ce qui suit :

« Discussion

[...]. Sur le plan psychiatrique un trouble de l'adaptation est retenu mais l'événement déclencheur n'est pas mentionné clairement. Nous comprenons qu'il pourrait s'agir d'une difficile adaptation aux douleurs alléguées. Nous sommes donc dans la situation où un assuré a présenté des traumatismes minimes des deux pieds ne pouvant expliquer de telles douleurs, pas plus que la radiculopathie qui s'est améliorée, assuré qui présente des troubles anxieux dépressifs consécutifs à ces douleurs. Nous ne sommes pas

convaincus par des CTAA estimées au mieux à 50% voire 30% pour les psychiatres »

Le médecin du SMR a ainsi demandé la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (psychiatrique et orthopédique).

Cette expertise a été confiée au Bureau d'expertises D. _____ ([...]), en particulier au Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et à la Dresse R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans le rapport y relatif du 3 décembre 2020, les experts ont retenu, sur le plan somatique, les diagnostics incapacitants de status après fractures non déplacées de l'os naviculaire et de la base du 1^{er} métatarsien droits, traitées conservativement à la suite d'un accident de travail du 2 décembre 2013 (S927), de probable syndrome douloureux régional complexe secondaire actuellement sans aucun signe significatif de séquelle au niveau du membre inférieur droit (M890), d'arthrose débutante du Lisfranc à droite (M1927), de status après mise en évidence de lombo-sciatalgies déficitaires sur canal lombaire étroit L4-L5, entraînant une légère atteinte chronique modérée de la racine L5 à l'IRM d'octobre 2017, confirmées au contrôle neurologique peu après, sans aggravation depuis lors (M519). A titre de diagnostics non incapacitants sur le plan somatique, ils ont retenu un status après entorse de la cheville gauche au travail le 16 août 2017, sans aucune séquelle significative actuelle, autre qu'un léger épaissement du faisceau antérieur du ligament latéral externe et du faisceau profond du ligament deltoïdien interne (S934), de status après contusions multiples cervico-rachidiennes, de l'épaule droite et des deux tibias, sur accident de la voie publique le 12 décembre 2019, sans aucune séquelle actuelle (T140) et de lombalgies communes modérées, intermittentes, sans limitation significative actuellement (M545). Sur le plan psychique, le diagnostic incapacitant de trouble de l'adaptation (F43.2) a été retenu, ainsi que le diagnostic non incapacitant de trouble de la personnalité paranoïaque (F60.0), non décompensé. Les experts ont conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis l'accident survenu en 2017 et entière dans une activité adaptée depuis le début. Ils ont motivé leurs conclusions comme suit :

« On peut admettre, après une fracture du médiotarse et un probable CRPS, qu'une activité se passant essentiellement en position debout, à marcher sur des sols irréguliers, à monter des pentes ou des escaliers de même que des échelles, ne paraît pas être adaptée. C'est pourquoi je peux tout à fait me rallier à l'avis des médecins de la Clinique Z._____, ainsi que du médecin d'arrondissement de la SUVA [CNA], pour estimer que dans une telle activité, il y a probablement une baisse de rendement et que ses anciennes places de travail très physiques sur les chantiers, comme effectuer l'étanchéité, du goudronnage et/ou des soudures, ne soient pas adaptés.

Par contre, il est clair, au vu du status actuel, qui ne montre pas l'apparition d'une aggravation des troubles dégénératifs débutants du Lisfranc et avec un reste du pied droit tout à fait correct, qu'une activité professionnelle se passant essentiellement en position assise, sans déplacement trop fréquent surtout sur les sols irréguliers, sans port de charges supérieures à 10-15 kg de manière répétitive, une pleine et entière capacité de travail peut être exigée.

Quant aux troubles dégénératifs du rachis lombaire, ils contre-indiquent également son ancienne profession sur les chantiers, car il n'est pas souhaitable qu'il continue à soulever des charges lourdes régulièrement. Par contre, cela n'empêche pas un travail adapté en position essentiellement assise, sans port de charges supérieures à 10-15 kg de manière répétitive. »

Par avis du 18 décembre 2020, le Dr W._____ a conclu que le rapport d'expertise était clair et convaincant et qu'il y avait lieu de le suivre, en retenant que l'assuré présentait une incapacité de travail définitive de 100% depuis le mois d'août 2017, due à l'association d'une arthrose du Lisfranc à droite (M19.2) et de lombo-sciatalgies déficitaires sur canal lombaire étroit L4-L5, entraînant une légère atteinte chronique modérée de la racine L5 (M51.9), que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis la date précitée, que la capacité de travail dans une activité adaptée était totale depuis la date précitée et que les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : nécessité d'être principalement assis ou semi-assis, sans déplacements fréquents, sans port répétitif de plus de 10-15 kg, une diminution des capacités d'adaptation et des difficultés relationnelles. La pathologie retenue de trouble de la personnalité paranoïaque non décompensé n'était pas incapacitante.

Le 4 février 2021, le service de réadaptation de l'OAI a procédé au calcul du salaire exigible. Il a retenu un revenu avec invalidité (RI) de 60'990 fr. après abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles et un revenu sans invalidité (RS) de 67'766 fr. 67, aboutissant à un préjudice économique de 6'776 fr. 67, soit de 10%. Le service précité a également précisé que l'assuré pouvait mettre sa capacité résiduelle de travail en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement ou scannage de documents.

Dans un rapport final du 4 février 2021, le service de réadaptation de l'OAI a estimé que, selon l'expertise, l'assuré n'apparaissait pas objectivement et subjectivement en état de suivre avec succès une mesure de formation professionnelle, si bien qu'il n'y avait pas matière à lui accorder des mesures d'ordre professionnel, ni d'aide au placement.

Par projet de décision du 23 février 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il n'avait pas de droit à des prestations de l'AI, compte tenu d'un degré d'invalidité de 10%.

Le 29 mars 2021, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a contesté le projet précité. A l'appui de sa contestation, il a produit un rapport du 15 février 2021 du Dr V._____, dans lequel ce médecin a estimé la capacité de travail de l'assuré à 50% au maximum dans une activité adaptée, en raison notamment d'un contexte psycho-social difficile et de difficultés pour communiquer avec autrui. Il a également produit un rapport du 26 mars 2021 du Dr G._____, lequel s'est dit frappé par les résultats de l'examen neuropsychologique extrêmement mauvais qui auraient dû, selon lui, faire l'objet d'examen plus approfondis par les experts dès lors que ces résultats pouvaient aussi signifier un retard mental grave.

Le 31 mai 2021, l'assuré a complété sa contestation en produisant un rapport du 13 avril 2021 du Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale, établi à la suite d'une consultation d'urgence du 9 avril 2021 en raison d'une chute, un rapport du 4 juin 2018 à la CNA du Dr C._____, spécialiste en neurologie, qui a relevé la présence d'une hernie discale paramédiane gauche L4-L5, sans effet compressif sur la racine L5 gauche, ainsi qu'un certificat médical du 28 avril 2021 du Dr V._____, dans lequel ce médecin a expliqué que son patient souffrait de gonalgies gauches à la mobilisation, de lombo-sciatalgies gauches sur hernie discale paramédiane gauche L4-L5 avec sensation de brûlures et de fourmillements au pied gauche. Il a précisé que son patient nécessitait toujours un arrêt de travail à 50%.

Dans un avis SMR du 15 juin 2021, le Dr W._____ s'est exprimé en ces termes :

« **Discussion**

Sur le plan somatique, le médecin traitant reprend les signes cliniques déjà connus et donne une estimation de CTAA qui relève d'une appréciation différente d'un même état de fait. Il évoque dans ces RM des éléments psychosociaux qu'il prend manifestement en compte. Il y aurait eu une chute en avril 2021 au terme de laquelle le status retrouve une entorse modérée de la cheville gauche ce qui constitue une affection incapacitante [d']au plus un mois. Aucune complication objective n'est évoquée. Sur le plan psychique le psychiatre n'apporte aucun élément nouveau. Il souhaite des tests pour éliminer un diagnostic de retard mental. Ces tests sont totalement inutiles car le **retard mental grave** correspond à un quotient intellectuel de 20 à 34 **soit chez les adultes, un âge mental de 3 à moins de 6 ans (CIM 10)**. Ceci est totalement inconcevable chez un homme qui a acquis et exercé la profession de photographe, s'est marié, a élevé un enfant, a affronté de[s] situations difficiles et les a surmontées. **En conclusion les éléments fournis ne nous permettent pas de modifier le projet de décision.** »

Par décision du 18 juin 2021 confirmant le projet du 23 février 2021, l'OAI a refusé à l'assuré l'octroi de prestations AI. Il a également adressé un courrier à l'assuré, daté du même jour, précisant que les rapports médicaux fournis à l'appui de sa contestation n'apportaient pas d'éléments nouveaux susceptibles de remettre en doute le bien-fondé de sa position.

C. Par acte du 15 juillet 2021, Y._____ a recouru contre la décision précitée auprès de la CASSO, en concluant principalement à son annulation, à ce qu'une incapacité de travail totale lui soit reconnue et à ce qu'il soit mis au bénéfice d'une rente d'invalidité à 100% et, subsidiairement, à ce qu'une capacité de travail dans une activité adaptée de 20% au maximum lui soit reconnue et à ce qu'il soit mis au bénéfice d'une rente d'invalidité à 80%. Il fait en substance valoir que ses douleurs sont bien réelles, que la capacité de travail de 100% retenue dans une activité adaptée ne lui paraît pas réaliste compte tenu des restrictions médicales et de ses capacités professionnelles, que le facteur de l'âge (56 ans), en plus de ses ressources limitées (facteurs physiques et psychiques, qualifications, maîtrise de la langue), ajoute de la difficulté à retrouver un emploi, que son état psychique s'est dégradé durant ces dernières années, compte tenu de sa situation, que les symptômes psychiques sont la conséquence de ses problèmes physiques, que le rapport d'expertise contient des incohérences et enfin, que les efforts et la volonté dont il a fait preuve n'ont pas été considérés dans le rapport d'expertise.

Par réponse du 8 septembre 2021, l'intimé propose le rejet du recours. Il relève en substance que le fait que le recourant présente de réelles douleurs ainsi qu'une atteinte à la santé l'empêchant de travailler dans les activités, physiquement lourdes, qui étaient les siennes par le passé, n'est pas contesté. En revanche, il maintient que l'exigibilité reste entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, faisant remarquer que celui-ci n'a pas fourni de rapports médicaux susceptibles d'étayer la position contraire. Il renvoie également à la note du 4 février 2021 rédigée par les spécialistes en questions professionnelles, dans laquelle des activités adaptées à l'état de santé du recourant sont mentionnées et considère que si l'âge du recourant et les restrictions induites par les limitations fonctionnelles peuvent limiter dans une certaine mesure les possibilités de retrouver un emploi, ces facteurs ne rendent toutefois pas illusoire cette perspective dans l'hypothèse d'un marché équilibré du travail, qui offre un large éventail d'activités légères, adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant et accessibles sans formation particulière, ni exigences au niveau de la maîtrise du français.

Par courrier non daté parvenu au tribunal le 27 septembre 2021, le recourant s'est encore déterminé.

E n d r o i t :

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

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

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

b) En l'occurrence, est litigieuse la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le

droit à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande de prestations du 22 décembre 2017. Le litige porte singulièrement sur le point de savoir si son degré d'invalidité a subi une modification significative entre la décision rendue le 2 mai 2016 par l'OAI, confirmée par arrêt de la CASSO du 2 juillet 2018 (AI 133/16 - 211/2018), et la décision litigieuse du 18 juin 2021.

3. 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). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 18 juin 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

5. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

b) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver

une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

6. 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).

Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). 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, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

c/aa) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGa qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

bb) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, 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).

cc) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée 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. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit

également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un 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. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

7. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la deuxième demande de prestations AI déposée par le recourant et a repris

l'instruction en requérant notamment des avis médicaux auprès des médecins ayant suivi ce dernier et en ordonnant une expertise bidisciplinaire orthopédique et psychiatrique. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force du 2 mai 2016, confirmée par arrêt de la CASSO du 2 juillet 2018 et la décision litigieuse du 18 juin 2021, l'état de santé de l'intéressé s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations AI.

a) Dans le cadre de l'examen de la première demande du recourant, l'OAI s'est fondé essentiellement sur le rapport du 27 novembre 2014 des médecins de la Clinique Z._____ ainsi que sur l'avis du 11 février 2015 du Dr Q._____. Les médecins de la Clinique Z._____ ont posé les diagnostics de « Thérapies physiques et fonctionnelles pour limitations fonctionnelles et douleurs chroniques du pied droit », de probable syndrome douloureux régional complexe du pied droit (SDRC) de type I, au décours, d'arthrose du Lisfranc droit et d'accident au travail le 2 décembre 2013 avec fracture non déplacée de l'os naviculaire et fracture non déplacée de la base du 1^{er} métatarsien à droite, traitées conservativement. A titre de limitations fonctionnelles provisoires, les médecins de la Clinique Z._____ ont mentionné les activités nécessitant le maintien d'une position debout prolongée et celles nécessitant la marche en terrains irréguliers. Les médecins ont estimé que le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de manœuvre-étancheur était défavorable au vu des facteurs non médicaux (niveau de maîtrise de la langue, contrats de travail temporaire, focalisation sur les douleurs). Une stabilisation de la situation médicale était attendue pour début 2015. Dans son rapport du 11 février 2015 qui s'est vu reconnaître une pleine valeur probante à la suite de l'arrêt de la CASSO du 2 juillet 2018 (AI 133/16 - 211/2018), le Dr Q._____ a considéré que le cas était stabilisé et qu'il y avait lieu d'examiner la capacité de travail résiduelle de l'assuré. Il a ainsi noté un pied droit calme, le SRDC ayant disparu, ainsi que des articulations sous-taliennes et du médio-tarse souples. Il a en outre constaté une marche sur le bord externe du pied droit, sans déroulement du pas. Par ailleurs, la circonférence des mollets et des cuisses du membre inférieur droit ne montrait pas de différence par rapport au côté

gauche. Au vu de ses constatations, il a estimé que le recourant ne pouvait plus travailler dans son activité habituelle. Compte tenu des limitations fonctionnelles évoquées par les médecins de la Clinique Z._____, avec la précision que l'exécution de travaux en position accroupie devait être évitée, il a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

b) Pour statuer sur les prétentions de l'intéressé dans le cadre de la deuxième demande de prestations déposée le 22 décembre 2017, l'intimé s'est fondé principalement sur le rapport d'expertise bidisciplinaire du 3 décembre 2020 du Bureau d'expertises D._____, établi par les Drs B._____ et R._____.

aa) Sur le plan somatique, l'expert B._____ a posé les diagnostics incapacitants de status après fractures non déplacées de l'os naviculaire et de la base du 1^{er} métatarsien droits, traitées conservativement, à la suite d'un accident au travail le 2 décembre 2013, de probable CRPS secondaire actuellement sans aucun signe significatif de séquelle au niveau du membre inférieur droit, d'arthrose débutante du Lisfranc à droite et de status après mise en évidence de lombo-sciatalgies déficitaires sur canal lombaire étroit L4-L5, entraînant une légère atteinte chronique modérée de la racine L5 à l'IRM d'octobre 2017, confirmée au contrôle neurologique peu après, sans aggravation depuis lors. A titre de diagnostic non incapacitant, l'expert a retenu un status après entorse de la cheville gauche au travail le 16 août 2017, sans aucune séquelle significative actuelle, autre qu'un léger épaissement du faisceau antérieur du ligament latéral externe et du faisceau profond du ligament deltoïdien interne. Il a constaté qu'après l'évènement traumatique du 2 décembre 2013, l'évolution objective avait été tout à fait favorable, sans apparition secondaire de trouble dégénératif majeur au niveau du Lisfranc mais avec la mise en évidence, dès le départ, d'une petite arthrose débutante des trois premiers rayons dans cette zone, non traumatique. Il a relevé que cet évènement avait probablement induit un CRPS, mais relativement frustré qui semblait s'être guéri sans lésion objectivable significative sous forme de tuméfaction perdurante ou d'amyotrophie. Il

n'y avait pas non plus, lors de l'expertise, de signe de limitation fonctionnelle des articulations du pied ou de la cheville. La situation objective depuis 2013 restait ainsi satisfaisante, sans signe d'atteinte majeure pouvant expliquer l'importance des plaintes subjectives. L'expert a admis les mêmes limitations fonctionnelles que les médecins de la Clinique Z. _____ et le Dr Q. _____, si bien qu'il a confirmé que les anciennes activités du recourant, très physiques, n'étaient pas adaptées. En revanche, selon lui, il était clair, au vu du status actuel qui ne montrait pas l'apparition d'une aggravation des troubles dégénératifs débutants du Lisfranc et avec un reste du pied droit tout à fait correct, qu'une activité professionnelle se passant essentiellement en position assise, sans déplacement trop fréquent surtout sur sols irréguliers, sans port de charges supérieures à 10-15kg de manière répétitive, était exigible à 100%. Concernant l'évènement du 16 août 2017, l'expert a mentionné, s'agissant de la cheville gauche, que les derniers contrôles radiologiques et ultrasonographiques ne montraient pas de séquelles significatives justifiant une limitation fonctionnelle ou une incapacité de travail quelconque. Le fait que le faisceau antérieur du ligament latéral externe ainsi que le faisceau profond du ligament deltoïdien soient un peu épaissis, montraient qu'il y avait bien une entorse mais que celle-ci n'avait pas induit de rupture ligamentaire et donc d'hyperlaxité ou d'instabilité. Pour ce qui était de la pathologie concomitante découverte lors de cet évènement qui consistait en des discopathies L2-S1 entraînant surtout un rétrécissement L4-L5 avec probable petite compression de la racine L5 gauche, on constatait que là aussi, l'évolution objective restait bonne, puisqu'il n'y avait pas eu d'aggravation au status neurologique des légers troubles de la force des releveurs du pied et que subjectivement, le patient ne décrivait aucune sciatalgie, mais uniquement des douleurs lombaires basses en barre, intermittentes et surtout le matin au démarrage. Ceci impliquait sur le plan professionnel que ces troubles dégénératifs du rachis lombaire contre-indiquaient également l'ancienne profession sur les chantiers, car il n'était pas souhaitable qu'il continuât à soulever des charges lourdes régulièrement. En revanche, cela n'empêchait pas un travail adapté en position essentiellement assise, sans port de charges supérieurs à 10-15 kg de manière répétitive. En lien avec

le troisième évènement traumatique, soit un accident de la voie publique survenu en novembre 2019, l'expert a rappelé que, dès le départ, seules des contusions multiples avaient été mises en évidence et qu'aucune péjoration des atteintes préexistantes n'était survenue. Il a ainsi considéré que les suites de cet accident étaient stabilisées et que le *statu quo sine* était atteint.

Postérieurement à l'expertise réalisée, le recourant a produit des rapports du Dr V._____ (cf. rapport des 15 février et 28 avril 2021), dans lesquels ce médecin a retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée en raison des douleurs. Comme l'a relevé à juste titre le Dr W._____ (cf. avis SMR du 15 juin 2021), le médecin traitant ne fait que reprendre les signes cliniques déjà connus et estime la capacité de travail dans une activité adaptée qui relève d'une appréciation différente d'un même état de fait, aucune complication objective n'étant évoquée. Ses rapports sont donc impropres à remettre en cause les conclusions de l'expert B._____.

De même, le rapport du Dr H._____ du 13 avril 2021 ne permet pas de faire douter de l'appréciation de l'expert B._____. Le Dr H._____ retient en effet une entorse de la cheville gauche de stade II après une « chute pas claire », ce qui constitue une atteinte incapacitante d'un mois au plus (cf. avis SMR du 15 juin 2021).

bb) Sur le plan psychique, l'experte R._____ a retenu le diagnostic incapacitant de trouble de l'adaptation (F43.2). A titre de diagnostic non incapacitant, elle a mentionné un trouble de la personnalité paranoïaque (F60.0). Elle a expliqué que l'assuré présentait un état de détresse et de perturbation émotionnelle entravant habituellement le fonctionnement et les performances sociales survenu au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important qui a été l'accident de 2017, aggravé par l'accident de la route en 2019. Le facteur de stress a entravé l'intégrité de l'environnement social de l'assuré, à savoir des douleurs constantes, une perte de sa capacité à gagner de l'argent et un sentiment d'humiliation face à la dépendance financière vis-

à-vis de sa femme. L'experte a précisé que l'assuré ressentait un sentiment d'incapacité à faire face, à faire des projets et à supporter la situation actuelle, précisant qu'il présentait une altération du fonctionnement quotidien. Il se sentait enclin à des comportements dramatiques, qui avaient été observés lors de l'expertise et à des crises de colère. Il existait probablement de façon originale une prédisposition chez l'assuré sous forme de présence de traits paranoïaques. Sans la présence de ces traits, il était probable que la survenue du trouble de l'adaptation n'aurait pas eu lieu. L'experte a encore mis en évidence la discordance entre ce que l'assuré pouvait faire (conduire une voiture) et les mauvais résultats de l'examen neuropsychologique. Pour ce qui était du trouble de la personnalité paranoïaque, l'experte a relevé que l'assuré présentait des traits de personnalité paranoïaque, ayant une sensibilité excessive aux échecs et aux rebuffades, refusant de pardonner les insultes et les préjudices et ayant une tendance rancunière tenace. Celui-ci avait un sens tenace et combattif de ses propres droits légitimes hors de proportion ou avec la situation réelle, des doutes répétés ou injustifiés sur la fidélité des autres à son égard, une tendance à surévaluer sa propre importance, se référant constamment à lui-même et une préoccupation pour des explications sans fondement. L'experte a conclu à une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée.

Le rapport du 26 mars 2021 du Dr G._____ ne permet pas de battre en brèche les conclusions de l'experte R._____. Ce médecin psychiatre, à qui le rapport d'expertise du Bureau d'expertises D._____ a été soumis, se borne à mentionner qu'il a été frappé par les mauvais résultats de l'examen neuropsychologique et qu'il est surpris que l'examinatrice n'ait pas approfondi la question, dans la mesure où ces résultats pouvaient aussi signifier un retard mental grave. A cet égard, le Dr W._____ a relevé (cf. avis SMR du 15 juin 2021) qu'un retard mental grave correspondait à un quotient intellectuel de 20 à 34, soit chez les adultes, un âge mental de 3 à moins de 6 ans, ce qui était totalement inconcevable chez un homme qui avait acquis et exercé la profession de photographe, s'était marié, avait élevé un enfant et avait affronté et

surmonté des situations difficiles. Pour le reste, le Dr G._____ n'apporte aucun élément nouveau sur le plan psychique.

c) Ainsi, tant sur le plan somatique que sur le plan psychique, les avis médicaux au dossier ne contiennent aucun élément sérieux qui inciterait à faire douter des conclusions de l'expertise du Bureau d'expertises D._____ réalisée par les Drs B._____ et R._____. De surcroît, l'appréciation des experts est fondée sur une analyse complète des pièces mises à disposition. Ils ont en effet pris connaissance de l'ensemble du dossier médical en citant et en résumant les pièces idoines. Ils ont procédé à un examen clinique complet du recourant, ainsi qu'à une anamnèse détaillée, ont tenu compte des plaintes du recourant, ont motivé leur appréciation et ont pris des conclusions claires. Ils ont également procédé à une évaluation consensuelle permettant une synthèse de leurs conclusions respectives.

En ce qui concerne en particulier la structure de l'expertise psychiatrique, on relève que l'experte a passé en revue les divers symptômes de la lignée dépressive, anxieuse, psychotique pour les exclure et qu'elle a motivé les diagnostics retenus. Ceux-ci ont donc été posés dans les règles de l'art. L'experte a fait état de la personnalité du recourant, notamment en lien avec le diagnostic de trouble de la personnalité paranoïaque posé. Elle s'est également prononcée sur les ressources dont disposait celui-ci, sur la compliance du recourant au traitement proposé et a apprécié ses capacités au moyen de la mini-ICF (outil d'hétéro-évaluation qui sert à décrire et à quantifier les troubles de l'activité et de la participation dans les maladies psychiques).

Il y a ainsi lieu d'admettre que le rapport d'expertise de 62 pages du 3 décembre 2020 répond aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante.

d) Au vu de ce qui précède, force est de constater que du point de vue de l'exigibilité d'une activité adaptée, la situation du recourant en 2021 reste essentiellement superposable à celle prévalant

lors de la décision du 2 mai 2016. En l'absence d'évolution notable de son état de santé, les conditions d'une révision ne sont pas remplies. C'est donc à juste titre que l'OAI a rejeté la deuxième demande de prestations AI de l'intéressé.

8. a) Le recourant invoque, s'agissant de sa capacité de gain, qu'il est très difficile de réintégrer le marché du travail compte tenu de son âge et d'autres facteurs limitants (qualifications, maîtrise de la langue française).

b) Selon la jurisprudence, l'âge de la personne assurée constitue de manière générale un facteur étranger à l'invalidité qui n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations. S'il est vrai que ce facteur - comme celui du manque de formation ou les difficultés linguistiques - joue un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, il ne constitue pas, en règle générale, une circonstance supplémentaire qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, est susceptible d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'il rend parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1 ; arrêt I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246).

La jurisprudence a toutefois reconnu que lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à

un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 8C_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2 ; ATF 138 V 457 consid. 3.1 et les références).

Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1 ; ATF 138 V 457 consid. 3.3).

En l'occurrence, le recourant était âgé de 55 ans au moment où les experts ont constaté que l'exercice d'une activité adaptée était médicalement exigible, si bien que la jurisprudence susmentionnée ne lui est pas applicable. Les spécialistes de l'OAI sur les questions professionnelles ont retenu plusieurs activités adaptées à l'état de santé du recourant, à savoir un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement ou scannage de documents (cf. note du 4 février 2021). Or on doit admettre que sur un marché de travail équilibré, il existe un large éventail d'activités légères adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant et qui ne requièrent pas de formation particulière, ni d'exigences au niveau de la maîtrise du français.

9. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

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

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 18 juin 2021 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 mis à la charge de Y._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Y._____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :