

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 décembre 2019

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
M. Neu et Mme Di Ferro Demierre, juges  
Greffier : M. Favez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Paul-Arthur Treyvaud,  
avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

---

**Art. 21 al. 4 et 43 LPG**

## **E n f a i t :**

**A.** Par contrat de mission conclu le 29 juin 2011 avec l'agence de placement Y. \_\_\_\_\_ SA, Z. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1979, a été engagé en qualité d'ouvrier dans le secteur de la construction pour le compte de X. \_\_\_\_\_ SA dans le cadre d'une mission débutant le 30 juin 2011. A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Le 1<sup>er</sup> juillet 2011, l'assuré a été victime d'un accident sur son lieu de travail ; en sautant d'un mur, il a subi une fracture de la base des deuxième, troisième et quatrième métatarsiens du pied gauche lors de sa réception au sol. Une incapacité de travail totale a été attestée depuis lors.

Dans un rapport médical du 24 septembre 2011, la Dresse V. \_\_\_\_\_, alors médecin-assistante, a évoqué un probable Sudeck (algonéurodystrophie, syndrome douloureux régional complexe [ci-après : SDRC] ou complex regional pain syndrom [ci-après : CRPS]) débutant.

Le recourant a consulté le Dr U. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation au Centre de réadaptation T. \_\_\_\_\_. Dans son rapport du 9 janvier 2012 adressé au Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, le Dr U. \_\_\_\_\_ a tenu les considérations suivantes :

« J'ai vu ton patient en date du 3 janvier 2012 dans le cadre de sa lombalgie, avec radiculalgie droite. Il estime sa douleur au repos à 2-3/10 et lorsqu'il se mobilise un peu plus, des pics douloureux à 6/10 et avec une prise de Dafalgan de 1 à 3 par jour. Son périmètre de marche est illimité, tout comme sa station assise. La mobilité du rachis n'est pas douloureuse. Il décrit un point douloureux fessier qui n'est pas retrouvé à la palpation. L'indice de Schober est à 10/12, sa DDS s'est légèrement péjorée par rapport à ton examen, puisqu'elle est à 33.

Pas de Lasègue, les réflexes sont présents, la force musculaire est bonne, la marche sur la pointe et les talons ne pose pas de

problème. Il décrit une hypoesthésie du M.I. droit plus qu'une paresthésie, avec diminution de la sensibilité au froid. La palpation du rachis n'est pas douloureuse.

Il est actuellement en arrêt de travail depuis le mois de juillet 2011 dans les suites de cette fracture du pied gauche, dont la palpation du métatarse n'a pas été douloureuse lors de l'examen. Un programme de physiothérapie a été mis en place associant du Tens, pour ses sensations de paresthésie et radiculalgie un programme de physiothérapie plutôt dynamique avec de la balnéothérapie. En cas de non amélioration, une IRM [imagerie par résonance magnétique, *réd.*] sera demandée. Je l'ai rassuré sur le fait qu'a priori, il ne devrait pas être paralysé, car c'était son angoisse.

Quant à un problème de reconversion, l'idéal serait de rester dans son métier tout en connaissant les inconvénients des métiers du bâtiment sur les lombalgies. »

Le 3 avril 2012, l'assuré a chuté dans les escaliers à son domicile, entraînant une fracture de la tête radiale du coude droite.

Les suites de ces accidents ont été prises en charge par la CNA.

L'assuré a séjourné à la Clinique de réadaptation P. \_\_\_\_\_ (...) du 8 août 2012 au 18 septembre 2012. Dans leur rapport du 12 octobre 2012, les Drs R. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et chef de clinique adjoint, et Q. \_\_\_\_\_, alors médecin assistant, ont notamment posé les diagnostics de fractures des deuxième, troisième et quatrième métatarsiens du pied gauche le 1<sup>er</sup> juillet 2011, ainsi que de fracture de la tête radiale droite le 3 avril 2012, toutes deux traitées conservativement. S'agissant de la capacité de travail, ils ont considéré qu'elle était nulle dans la profession de maçon du 8 août 2012 au 18 octobre 2012, date à laquelle l'exigibilité devait être réévaluée. Ils ont conclu leur rapport en ces termes :

« Au total, 14 mois après une fracture des 2e, 3e et 4e métatarsiens traitées conservativement, il persiste des douleurs, prédominant en regard du Lisfranc interne. Le bilan radiologique réalisé durant le séjour montre une bonne consolidation des fractures avec un léger remaniement de la base du 2e métatarsien. Il n'y a pas de signe évoquant une algodystrophie actuellement. Au terme du séjour, subjectivement, le patient annonce pouvoir charger un peu plus sur son pied. Objectivement, il y a une amélioration de la charge, du périmètre de marche et de la proprioception. Le chaussage a été adapté. Il n'y a pas de limitation observée au coude droit. Sur le plan

psychiatrique, le diagnostic d'épisode dépressif sévère est retenu. Un traitement de Cipralax a été introduit et un suivi spécialisé est proposé. La situation médicale n'est pas stabilisée. On peut encore s'attendre à une amélioration de la mise en charge sur le pied gauche dans les prochains mois. En cas d'absence d'évolution, une infiltration du ligament du Lisfranc pourrait être proposée. Des facteurs contextuels participent à l'évolution lente de la situation. Le patient devrait être revu à l'agence d'ici la fin de l'année. »

Durant son séjour à la Clinique de réadaptation P.\_\_\_\_\_, l'assuré a été examiné en consilium psychiatrique par la Dresse O.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et cheffe de clinique dans cette clinique. Il résulte ce qui suit de son rapport du 10 août 2012 :

#### « **Appréciation**

Il s'agit donc d'un patient de 33 ans, actuellement célibataire, père de 2 enfants en bas âge, qui travaillait comme maçon au moment de son accident. Depuis une année, il est en incapacité de travail et dans ce contexte, il a présenté une importante réaction de type anxieuse et dépressive.

Actuellement, la symptomatologie présentée par Z.\_\_\_\_\_ correspond à celle d'un état dépressif franc, qui est certes réactionnel à l'accident, mais dont l'intensité et la persistance dépassent le diagnostic de trouble de l'adaptation.

Dans ce contexte, je propose l'introduction d'un traitement antidépresseur par Citalopram, un traitement hypnotique pour la nuit par Stilnox et une réserve d'anxiolytique de Temesta 1 mg en fonction des angoisses présentées par le patient. Je propose également que nous le revoyons régulièrement dans notre service et qu'il soit intégré au groupe "Douleurs et changements".

#### **Evolution et suivi**

Durant son séjour, le patient a bénéficié de quelques entretiens de soutiens qui lui ont permis de mettre en évidence ses craintes liées à la douleur et les répercussions qu'elles ont dans sa vie quotidienne. L'introduction du ttt antidépresseur a été bien tolérée. Nous avons également axé la prise en charge sur l'activation comportementale et sur le plan de l'humeur, sa thymie s'est légèrement améliorée. Actuellement, il s'agit pour Z.\_\_\_\_\_ de poursuivre sa reconstruction identitaire afin de pouvoir se projeter dans un nouvel avenir social et professionnel. Nous l'avons vivement encouragé à poursuivre une psychothérapie en ambulatoire de même que la médication antidépressive. »

Le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a procédé à l'examen de l'assuré en date du 21 janvier

2013. Considérant dans son rapport daté du 22 janvier 2013 que la situation médicale de l'intéressé n'était toujours pas stabilisée au vu de la pérennisation des douleurs, il a demandé une consultation orthopédique spécialisée du pied.

L'assuré a dès lors été pris en charge par le Dr François Pagano, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chef de clinique à l'Hôpital L.\_\_\_\_\_ puis à l'Ensemble hospitalier K.\_\_\_\_\_ [...]. Les examens radiologiques et d'imagerie requis par ce spécialiste ont révélé une arthrose post-traumatique active entre le cunéiforme interne et la base du deuxième métatarsien associée à une arthrose métatarsienne du premier rayon du pied gauche (cf. compte-rendu du 27 mars 2013 de l'examen d'imagerie nucléaire tomographique et scintigraphie osseuse planaire avec perfusion pratiqué le même jour). Au vu de ce bilan, le Dr M.\_\_\_\_\_ a préconisé une arthrodèse du Lisfranc médial du pied gauche (cf. rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ au Dr N.\_\_\_\_\_ du 26 avril 2013).

Le Dr M.\_\_\_\_\_ a effectué cette intervention chirurgicale le 22 mai 2013 avec une ablation du matériel d'ostéosynthèse le 5 juin 2014.

En raison d'un traumatisme crânien dans un contexte d'éthylisation aiguë, l'assuré a séjourné aux Etablissements hospitaliers G.\_\_\_\_\_ [...] du 11 au 12 juin 2014 (cf. rapport du 30 juin 2014 de la Dresse I.\_\_\_\_\_ et du Dr H.\_\_\_\_\_). Ce cas a également été pris en charge par la CNA.

Dans un rapport médical du 18 août 2014, le Dr M.\_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution mitigée en raison de la persistance des douleurs induites par la cicatrice opératoire, de telle sorte qu'il a prescrit des séances d'ergothérapie à but de désensibilisation.

Une IRM lombaire du 25 novembre 2014 a mis en évidence un canal lombaire étroit L4-L5 et, à moindre mesure, L2-L3 d'origine mixte avec protrusion discale et arthrose interfacettaire.

Formulant l'hypothèse que les douleurs seraient dues à un problème neurologique, le Dr M.\_\_\_\_\_ a adressé l'assuré au Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et médecin adjoint à l'Ensemble hospitalier K.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 4 décembre 2014, ce dernier a posé le diagnostic de troubles sensitifs et douleurs à caractère neurogène au membre inférieur gauche, à prédominance distale, d'origine pluriradiculaire probable, sur canal lombaire étroit L4-L5 et L2-L3, ainsi que ceux de status post fracture de Lisfranc du pied gauche accidentelle avec arthrose douloureuse post-traumatique, de carence en acide folique et d'état anxio-dépressif traité. Ce neurologue a exposé ce qui suit sous la rubrique « évaluation et discussion » :

« Le status neurologique évoque une atteinte monomélique, du membre inférieur gauche de type polyneuropathique ou pluriradiculaire, voire mixte ; une composante de sciatgie est éventuellement présente. Il n'y a pas d'indice franc pour une atteinte du SNC, en particulier médullaire. L'installation très lentement progressive et le caractère très unilatéral (absence d'atteinte au MID) pourraient faire penser à une atteinte pluriradiculaire infiltrante ou compressive, sans pouvoir exclure une atteinte inflammatoire. La progression et la topographie des troubles sensitifs douloureux ne permettent pas d'emblée de conclure sur une base clinique.

Je retiens donc l'indication à la pratique d'une IRM lombaire qui démontre la présence d'un canal lombaire étroit L4-L5 et dans une moindre mesure L2-L3. La relecture démontre toutefois que la sténose canalaire laisse encore de la place pour le passage des racines lombaires, n'apportant ainsi pas d'explication définitive quant à l'étiologie des douleurs et du trouble sensitif.

Un bilan biologique n'apporte par ailleurs pas d'indice pour une atteinte inflammatoire sous-jacente. Seule une carence en acide folique est constatée.

[...]

Ne pouvant conclure quant à l'origine des troubles sensitifs et des douleurs à caractère neurogène du membre inférieur gauche, je retiens l'indication à la pratique d'une ENMG [électroneuromyogramme, *réf.*], qui aura lieu le 12 janvier 2014 chez le Dr D.\_\_\_\_\_.

[...] »

L'ENMG du membre inférieur gauche a été pratiquée le 8 janvier 2015 par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Dans son

rapport du 12 janvier 2015, ce neurologue a mentionné ce qui suit dans son appréciation du cas :

« Sur le plan clinique, je retrouve essentiellement des troubles sensitifs au niveau du pied gauche compatible avec le territoire du nerf musculo-cutané gauche bien qu'il y ait tout de même un certain débordement de ce territoire puisque le patient signale également un engourdissement au niveau du gros orteil et du 2ème orteil gauche. Par contre, il n'y a pas de véritable déficit moteur objectif, si ce n'est des lâchages, et pas d'asymétrie des réflexes.

Sur le plan électrophysiologique, on note tout au plus une discrète asymétrie du potentiel sensitif du nerf musculo-cutané en défaveur de la gauche par rapport à la droite, compatible donc avec une discrète perte axonale des fibres sensibles du nerf péronier gauche qui pourrait être périphérique, infra-ganglionnaire, probablement localisée au niveau de la cheville. Il n'y a par contre pas d'argument pour une atteinte radiculaire ni a priori plexuelle. »

En raison de douleurs à la hanche gauche et par rapport du 23 janvier 2015, le Dr M. \_\_\_\_\_ a demandé au Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie auprès de l'Ensemble hospitalier K. \_\_\_\_\_, de procéder à une infiltration au niveau du canal lombaire étroit. Ce geste a été effectué en date du 2 février 2015. Dans un rapport du 10 mars 2015, le Dr E. \_\_\_\_\_ a proposé à la CNA la prise en charge d'un test de stimulation médullaire en ces termes :

« Les plaintes qu'il présente sont de caractère neurogène à type de brûlures et de serremments. Le pied présente une modification de coloration et une zone claire de différence de température. Anamnestiquement, il parle aussi d'épisodes de sudation profuse au niveau du pied gauche où il existe une hypoesthésie du premier et deuxième orteil à gauche avec une sensation de dysesthésie au toucher.

Dans un contexte possible de CRPS du pied gauche qui n'a pas répondu aux traitements tentés à ce jour, y compris blocs lombaires et stabilisateurs de membrane (Lyrica, Gabapantine), ce patient pourrait bénéficier d'un test de stimulation médullaire et le cas échéant de l'implantation d'un stimulateur en cas de bénéfice. »

La CNA a soumis cette demande au Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et médecin au Centre de compétence de médecine des assurances de la CNA, lequel a conclu en ces termes son appréciation neurologique datée du 1<sup>er</sup> avril 2015 :

### « Conclusion

Z.\_\_\_\_\_ souffre de douleurs permanentes au pied consécutives à des fractures des métatarsiens du pied gauche, à une arthrodèse de l'articulation de Lisfranc et à un retrait du matériel d'ostéosynthèse. Elles présentent certaines caractéristiques d'un SDRC. D'après le Dr E.\_\_\_\_\_, thérapeute de la douleur traitant, le diagnostic de SDRC est seulement possible. Il convient de préciser que l'assuré est sous traitement médicamenteux et par infiltrations en raison de douleurs persistantes dans la hanche et la région lombaire. Une comorbidité psychiatrique importante est présente.

Le diagnostic de SDRC est certes éligible pour l'application d'une neurostimulation épidurale (2). Compte tenu de la constellation globale (dans laquelle le SDRC est seulement possible), de la progression des douleurs et des graves facteurs psychologiques, Z.\_\_\_\_\_ ne semble toutefois pas être un candidat adéquat pour cette procédure thérapeutique.

### Réponses au questionnaire

Pouvons-nous intervenir pour le test de stimulation médullaire proposé et le cas échéant dans quelle mesure?

Compte tenu de l'évolution globale, le traitement de l'assuré par neurostimulation épidurale ne peut pas être recommandé d'un point de vue neurologique. »

Dans son évaluation complémentaire du 21 octobre 2015, le Dr F.\_\_\_\_\_ a confirmé le refus de la CNA en ces termes :

### « Appréciation

Dr E.\_\_\_\_\_, du Ensemble hospitalier K.\_\_\_\_\_, a de nouveau demandé la garantie de prise en charge des coûts pour un test de stimulation avec un neurostimulateur épidural, renvoyant aux conclusions des neurologues Dr J.\_\_\_\_\_ et Dr D.\_\_\_\_\_. C'est pourquoi les avis des deux spécialistes sont exposés de nouveau ci-dessus. Dr J.\_\_\_\_\_ décrit en plus de la douleur au pied une composante douloureuse de type ischialgie et envisage en premier lieu un processus lombaire. Après réalisation de l'examen IRM lombaire, il établit, en décembre 2014, le diagnostic de douleurs neurogènes dans la jambe gauche, plus marquées dans la partie distale en raison d'une origine radiculaire avec un rétrécissement du canal rachidien lombaire. Il attribue les douleurs du pied gauche à l'arthrose post-traumatique et à l'arthrodèse dans l'articulation de Lisfranc. Dr J.\_\_\_\_\_ souligne l'état anxio-dépressif de l'assuré et ne s'estime pas en mesure de formuler un pronostic compte tenu des diagnostics d'étiologie incertaine.

Dans le cadre de son examen de l'assuré le 8.1.2015, Dr D.\_\_\_\_\_ a également mis en évidence dans un premier temps une douleur dans la région lombaire inférieure avec une irradiation dans la fesse, une palpation douloureuse de la région de la fesse et un signe de Lasègue positif. Dr D.\_\_\_\_\_ décrit des troubles de la sensibilité dans le pied gauche sur le dos du pied et dans le premier espace interdigital. Le schéma de défaillance de la sensibilité ne correspond pas à une lésion distale du nerf péronier, car des parties aussi bien

du nerf fibulaire superficiel que du nerf fibulaire profond sont touchées. Le nerf fibulaire commun se divise dans ces deux branches au niveau du péroné supérieur.

### **Conclusion**

Les douleurs de l'assuré sont multifactorielles au degré de vraisemblance prépondérante. Une lésion distale du nerf péronier est douteuse. Les autres causes discutées des symptômes neuropathiques sont étrangères à l'accident. La neurostimulation n'est pas indiquée pour le traitement des douleurs nociceptives liées à l'arthrose. [...]. »

Entre-temps, le Dr AG.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a adressé à la CNA un rapport daté du 12 février 2015, dans lequel il a posé les diagnostics de trouble dépressif moyen (F32.1) et de traits de la personnalité anxieuse et dépendante (F60.6 et 60.7). Les consultations étaient hebdomadaires et, à lire le rapport, la capacité de travail était nulle. Il a qualifié la situation de complexe et émis un pronostic réservé.

Le 30 novembre 2015, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à l'examen médical final de l'assuré. Dans son rapport daté du même jour, il s'est exprimé comme suit sous l'intitulé « Appréciation » :

« (...)

L'examen est marqué par des hyper-réactions et manifestations ostentatoires de douleur. On relèvera une discordance entre le déficit fonctionnel affiché et l'absence d'amyotrophie significative d'épargne des membres inférieurs. On note en revanche une asymétrie de la coloration et de la température du pied avec érythrose et légère froideur cutanée à gauche par rapport au côté droit. La mobilisation de la cheville et du pied déclenche des douleurs. On relèvera une très vive hyper-réaction douloureuse à la manœuvre de Lasègue à gauche. On note également une diminution de la sensibilité du bord externe du membre inférieur gauche se prolongeant jusqu'au dos du pied. Légère diminution de la mobilité tibio-tarsienne. En revanche, pas d'amyotrophie significative du mollet ou des cuisses à la mesure des périmètres.

Pas de douleur ni limitation à la mobilisation des coudes.

L'imagerie au PACS à disposition démontre un status après arthrodèse du Lisfranc.

Sur le plan médical : la situation peut être considérée comme stabilisée sur le plan des séquelles de la fracture du pied gauche

survenue en 2011 et ayant conduit à l'arthrodèse du Lisfranc. Les séquelles de cette atteinte relèvent pour l'instant de traitements symptomatiques médicamenteux de la douleur et du port de semelles plantaires ou de semelles orthopédiques.

On soulignera que la symptomatologie douloureuse du membre inférieur gauche décrite par l'assuré dépasse largement la topographie du pied et la vive douleur à la manœuvre de Lasègue à gauche ne permettent pas d'exclure une composante radiculaire chez un patient présentant un canal lombaire étroit. Cette atteinte ne relève cependant pas de l'accident. Des facteurs non organiques ont vraisemblablement également une influence sur le tableau douloureux invalidant actuel. Nous ne nous prononçons pas ici sur l'adéquation entre la problématique d'ordre psychiatrique et l'accident et ne retenons a priori pas de relation de causalité naturelle avec ce dernier.

Sur le plan de la capacité de travail : si l'on se fonde exclusivement sur les séquelles somatiques de l'accident, cet assuré pourrait d'ores et déjà mettre en valeur une pleine capacité de travail dans une activité partiellement sédentaire n'exigeant pas des déplacements fréquents prolongés ou en terrain irrégulier. Nous ne tenons pas compte ici de l'incapacité de travail pouvant résulter des comorbidités sans relation de causalité avec l'accident. L'estimation de l'atteinte à l'intégrité fait l'objet d'une appréciation séparée. »

Par décision du 12 janvier 2017, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 14 % à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité au taux de 17,5 %. Cette décision a été confirmée sur opposition puis sur recours par arrêt du 9 mai 2018 (CASSO AA 35/17 - 51/2018). Dit arrêt est entré en force.

**B.** Dans l'intervalle, Z.\_\_\_\_\_ a déposé le 6 juin 2012 une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), sous la plume des Drs AA.\_\_\_\_\_ et AC.\_\_\_\_\_, a notamment requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique de l'assuré (avis médical du 21 août 2012), confiée au Dr AB.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans son rapport du 13 mars 2013, l'expert a posé les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de

dysthymie/dysphorie (F34.1), accentuation de certains traits de personnalité, en l'occurrence dans le sens d'une personnalité passive agressive (Z73.1), et de processus d'invalidation (F68.0). Admettant une atteinte psychique temporaire dans le passé, le Dr AB. \_\_\_\_\_ n'a pas retenu de limitations majeures sur le plan psychique et retenu une entière capacité de travail sur le plan psychiatrique y compris dans l'activité habituelle. Il a par ailleurs qualifié de temporaire l'atteinte psychique signalée précédemment par le médecin traitant et s'est exprimé comme suit en conclusion de son rapport :

« L'analyse a montré que l'assuré est non-observant pour la prescription d'antidépresseur. Si son état était théoriquement considéré comme davantage perturbé, il existe de ce fait une large marge d'influence thérapeutique, ceci sous condition que l'assuré veut bien collaborer. De toute manière, la situation sur le plan thymique est nettement améliorée par rapport au constat fait à la clinique CRR.

Nous n'avons pas constaté d'autres pathologies significatives et les parties subjectives et comportementales relativisent de plus la portée des diagnostics médicaux.

En conséquence, il n'existe pour notre partie psychiatrique aucune raison de retenir une incapacité de travail voire diminution de rendement. Quand les activités adaptées et exigibles seront déterminées au point de vue somatique, l'assuré sera apte à s'insérer d'un point de vue psychique. On pourrait même formuler qu'une réinsertion professionnelle aura certainement une influence positive sur l'état de morosité actuelle.

En ce qui concerne le passé, nous ne pensons pas qu'il y avait une période prolongée d'incapacité de travail pour des raisons psychiatriques. A l'instar des constats lors de l'hospitalisation, l'état psychique momentanément perturbé était assez vite amélioré (dans un laps de temps de quelques mois).

[...] »

Par avis médical du 14 mai 2013, le SMR, sous la plume du Dr Kahn, s'est rallié aux conclusions de l'expert psychiatre. Il a en outre rapporté ce qui suit :

« [...]

Selon notre analyse, notre assuré présente une pleine capacité de travail et ceci depuis largement une année. Si le retour sur les chantiers serait effectivement problématique, toute activité évitant le travail en hauteur sur échelle ou échafaudage et la station debout prolongée, les longues marches et le travail sur terrain irrégulier ou en position accroupie est adaptée.

[...] »

Par avis médical SMR du 1<sup>er</sup> octobre 2013, les Drs AE. \_\_\_\_\_ et AF. \_\_\_\_\_ ont proposé d'attendre le rapport final de la CNA.

Dans un avis médical SMR du 23 janvier 2017, le Dr AD. \_\_\_\_\_ s'est rallié aux conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du Dr AB. \_\_\_\_\_ du 13 mars 2013 et du rapport d'examen médical final du Dr W. \_\_\_\_\_ du 30 novembre 2015. Il a retenu comme atteinte principale à la santé des séquelles douloureuses chroniques suite à des fractures du pied gauche traitée par arthrodèse du Lisfranc et comme pathologies associées une fracture du coude droit traitée (tête radiale), ainsi que des lombalgies chroniques sur canal lombaire étroit. Le Dr AD. \_\_\_\_\_ a arrêté le début de l'incapacité de travail durable au 1<sup>er</sup> juillet 2011 avec un retour à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée au 1<sup>er</sup> décembre 2015 sur la base du rapport du 30 novembre 2015 du Dr W. \_\_\_\_\_. Sur la même base, il a arrêté les limitations fonctionnelles suivantes : activité légère, partiellement sédentaire, sans déplacement prolongé, sans manipulations de charges de plus de 5-7 kg, ne mettant pas à contribution de pied gauche.

Par projet de décision du 17 mai 2017, l'OAI a informé Z. \_\_\_\_\_ de ses intentions de lui octroyer une rente entière de l'assurance-invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 2012 au 29 février 2016, considérant que l'assuré ne présentait plus qu'un préjudice économique de 5,25 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 2015 compte tenu d'un revenu sans invalidité de 70'404 fr. 80 et d'un revenu avec invalidité de 66'707 fr. 10 calculé selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (cf. calcul du salaire exigible du 5 janvier 2016).

Dans le cadre de la procédure d'audition, Z. \_\_\_\_\_ a contesté les constatations du rapport du médecin d'arrondissement de la CNA, se référant aux rapports de ses médecins traitants. Il a en outre requis le prononcé d'une décision formelle.

Par décision du 16 août 2018 et motivation séparée du même jour, l'OAI a confirmé le projet de décision du 17 mai 2017.

**C.**           **a)** Agissant sous la plume de son conseil Me Treyvaud par acte du 21 septembre 2018, Z.\_\_\_\_\_ a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu à la réforme de la décision attaquée en ce sens que le versement de la rente entière de l'assurance-invalidité ne soit pas interrompu au 29 février 2016 et subsidiairement à ce que la décision soit annulée et la cause renvoyée à l'OAI afin qu'il ordonne une expertise multidisciplinaire pour déterminer le taux d'invalidité médico-théorique du recourant.

**b)** Par décision du 28 septembre 2018, la juge-instructrice a accordé à Z.\_\_\_\_\_ le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 21 septembre 2018.

**c)** Dans sa réponse du 25 octobre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

**d)** Par mémoire complémentaire du 21 novembre 2018 et déterminations du 11 décembre 2018, les parties ont maintenu leurs conclusions.

**e)** Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

### **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 ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige a pour objet le droit de Z. \_\_\_\_\_ à une rente de l'assurance-invalidité au-delà du 29 février 2016.

**3. a)** Dans un premier grief de nature formelle, le recourant semble se plaindre d'une violation de son droit d'être entendu pour défaut de motivation de la décision attaquée, en tant que l'office intimé n'aurait indiqué lequel des rapports émanant de la CNA servait de base pour évaluer l'état de santé (cf. p. 3 du mémoire du 21 septembre 2018).

**b)** Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même

si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

**c)** Même à admettre une éventuelle violation et pour autant qu'il puisse être considéré comme suffisamment motivé, le grief de violation de l'art. 29 al. 2 Cst. devrait être considéré comme guéri devant la juridiction de céans, le recourant, comme l'intimé, ayant eu l'occasion de faire valoir leurs points de vue respectifs au cours de la présente procédure judiciaire, ouverte devant une instance jouissant d'un plein pouvoir d'examen pour statuer. En conséquence, l'argument tiré d'un défaut de motivation, et donc d'une violation du droit d'être entendu, doit être écarté. Au demeurant le moyen soulevé par le recourant se confond avec celui de violation du principe inquisitoire (art. 43 LPGA) et doit être examiné avec le fond du litige.

**4. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 (1<sup>re</sup> phrase). 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 (2<sup>e</sup> phrase).

**b)** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c).

**5. 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. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible 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) aa)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**bb)** Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**c)** Il est décisif dans la présente cause de bien différencier les conséquences sur la capacité de travail et de gain des atteintes relevant de l'assurance-accidents et celles relevant de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'assurance-accidents, l'autorité, en l'occurrence la CNA, et son médecin d'arrondissement, rechercheront les atteintes à la santé qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident intervenu (art. 6 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20] et 4 LPGA ; ATF 142 V 435 consid. 1). L'instruction en matière d'assurance-accidents est en règle générale limitée à l'évaluation des atteintes causées par l'accident, respectivement à l'exclusion d'autres causes (ex. état maladif préexistant). Or, comme on l'a vu ci-dessus, l'invalidité au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA n'est pas limitée à un seul facteur dès lors que l'incapacité de gain peut certes résulter d'un accident, mais aussi d'une infirmité congénitale et d'une maladie. Dès lors et suivant le principe inquisitoire (art. 43 LPGA), l'office

de l'assurance-invalidité doit instruire toutes les causes potentielles propres à entraîner une incapacité de gain, y compris celles qui ne sont pas en lien de causalité naturelle et adéquate avec un accident.

**d)** Selon un principe général du droit des assurances sociales, il appartient à la personne assurée d'entreprendre de son propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle pour atténuer les conséquences du dommage (ATF 129 V 460 consid. 4.2 ; 123 V 230 consid. 3c ; 117 V 275 consid. 2b). L'art. 21 al. 4 LPGA définit l'obligation pour l'assuré d'améliorer sa capacité de travail, cas échéant par des traitements médicaux. Il s'agit d'évaluer, au degré de la vraisemblance prépondérante si l'on peut raisonnablement espérer une amélioration de l'état de santé de l'assuré, et par conséquent, de sa capacité de travail (ATF 105 V 176 consid. 3 ; TF 9C\_671/2016 du 20 mars 2017 consid. 3 et 4.1 ; 8C\_128/2015 du 25 juin 2015 consid. 2 ; voir aussi Anne-Sylvie Dupont *in* Dupont/Moser-Szeless [édit.], *Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand*, 2018, n. 52 ss ad art. 21 LPGA, pp. 312 à 315).

**6. a) aa)** Le recourant fait grief à l'intimé de n'avoir instruit que l'atteinte à la santé en relation de causalité avec l'accident intervenu le 1<sup>er</sup> juillet 2011. A son avis, les rapports médicaux émanant de la CNA ne suffisaient pas pour retenir qu'il présentait une pleine capacité de gain. Il allègue que les rapports médicaux émanant de la CNA montreraient d'autres atteintes à la santé qui n'auraient pas été instruites par l'intimé. Il soutient qu'il existerait des doutes quant à la pertinence des appréciations des médecins de la CNA, situation dans laquelle la jurisprudence (TF 8C\_370/2017 du 15 janvier 2018 consid. 3.3.3 ; 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 4.4) exigerait la mise en œuvre systématique d'une expertise.

**bb)** Dans sa réponse du 25 octobre 2018, l'intimé a considéré que le rapport du médecin de la CNA relatif à l'examen final du 30 novembre 2015 remplissait les conditions posées par la jurisprudence en matière de valeur probante. Il a précisé avoir complété le dossier médical

par une expertise psychiatrique auprès du Dr AB.\_\_\_\_\_ ayant donné lieu au rapport du 13 mars 2013. Il justifie sa décision par l'avis médical du SMR du 14 mai 2013 selon lequel l'assuré disposerait d'une pleine capacité de travail depuis une année.

**b)** Pour ce qui concerne fracture de la base des deuxième, troisième et quatrième métatarsiens du pied gauche découlant de l'accident, les pièces médicales de la CNA et en particulier le rapport d'examen médical final du Dr W.\_\_\_\_\_ du 30 novembre 2015, sur lequel le Dr AD.\_\_\_\_\_ s'est appuyé dans son avis médical SMR du 23 janvier 2017, remplit les critères jurisprudentiels pour que lui soit reconnue une pleine valeur probante (cf. considérant 4b *supra*). C'est d'ailleurs ce qu'avait retenu la Cour de céans dans le cadre de la cause LAA opposant le recourant à la CNA dans son arrêt du 9 mai 2018 (CASSO AA 35/17 - 51/2018 consid. 5a/cc). C'est à juste titre que le Dr AD.\_\_\_\_\_ a exclu une reprise de l'activité habituelle, retenant une activité à plein temps adaptée aux limitations fonctionnelles qui ont été décrites dans l'avis médical SMR du 23 janvier 2017. La jurisprudence citée par le recourant n'est pas pertinente : elle concerne des causes d'assurance-accidents et discute de l'objectivité du rapport d'un médecin employé par l'assurance, statut que n'a pas le médecin d'arrondissement de la CNA à l'égard de l'OAI. Le rapport de ce dernier doit s'apprécier selon la jurisprudence dégagée en matière de valeur probante des pièces médicales. En l'occurrence, le recourant ne produit aucun document médical s'inscrivant en faux contre les constatations du Dr Crespo en relation avec la fracture du pied gauche.

**c)** L'intimé s'est exclusivement fondé sur l'instruction médicale menée par la CNA, sans discuter des autres atteintes évoquées par les rapports médicaux, lesquelles ne sont pas en lien de causalité naturelle avec l'événement accidentel (cf. consid. 4c *supra*). L'avis SMR du 23 janvier 2017 est lapidaire et lacunaire en tant qu'il concerne les autres atteintes. Or, le Dr W.\_\_\_\_\_ a observé que la symptomatologie douloureuse dépassait largement la topographie du pied accidenté et n'a pas exclu une composante radiculaire chez un patient présentant un canal

lombaire étroit. Il a également réservé une incapacité de travail pouvant résulter des comorbidités non accidentelles.

Le Dr F. \_\_\_\_\_ a conclu à des douleurs multifactorielles au degré de vraisemblance prépondérante après discussion des rapports de ses confrères neurologues (Drs D. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_). Il a exclu que les autres causes discutées des symptômes neuropathiques soient en relation de causalité avec l'accident. Pour ce neurologue, la neurostimulation n'était pas indiquée pour le traitement des douleurs nociceptives liées à l'arthrose. Ce faisant et à l'instar du Dr Crespo, il s'est limité au champ d'application de la loi sur l'assurance-accidents.

Le Dr J. \_\_\_\_\_, premier neurologue consulté par le recourant, a indiqué que le status neurologique évoquait une atteinte monomélique, du membre inférieur gauche de type polyneuropathique ou pluriradiculaire, voire mixte, sans exclure une composante de sciatalgie. L'IRM lombaire demandée par le Dr J. \_\_\_\_\_ a en outre démontré la présence d'un canal lombaire étroit L4-L5 et dans une moindre mesure L2-L3 sans hernie discale ni effet de masse identifiable qui est d'ailleurs retenu par le Dr AD. \_\_\_\_\_ au titre de pathologie associée. A l'examen clinique, le Dr J. \_\_\_\_\_ a observé une altération de la motricité fine des orteils. Il a décrit une hypoesthésie au toucher, à la douleur et à la température dans tout le pied gauche, avec perte de la sensibilité. Par ailleurs, il a constaté une dysesthésie douloureuse de la peau au toucher et un trouble de la sensibilité profonde des orteils sans ataxie proprioceptive. Il a exposé que les réflexes proprioceptifs étaient moyennement vifs et légèrement plus marqués du côté droit. Faute d'explication définitive quant à l'étiologie des douleurs et du trouble sensitif à caractère neurogène du membre inférieur gauche, le Dr J. \_\_\_\_\_ a renvoyé son patient au Dr D. \_\_\_\_\_ pour pratiquer un ENMG.

Dans son rapport d'ENMG du 12 janvier 2015, le Dr D. \_\_\_\_\_ a affecté les troubles de la sensibilité au territoire d'innervation du nerf fibulaire superficiel du côté gauche sans mettre en évidence de déficit

moteur. Le bilan électrophysiologique pratiqué était compatible avec une légère lésion axonale des fibres sensibles du nerf péronier, vraisemblablement dans la région de la malléole. Aucun signe de lésion radiculaire ou du plexus n'est observé.

Ainsi, outre les lésions accidentelles au pied gauche, le recourant présente d'autres atteintes au membre inférieur gauche, objectivées lors des examens cliniques des Drs J. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_. Les diagnostics, sans être contradictoires, divergent quelque peu et font l'objet de quelques critiques du Dr F. \_\_\_\_\_ qui ne sont pas toutefois décisives dans la mesure où ce spécialiste n'a pas exclu de comorbidité non accidentelle. En effet, il convient de rappeler que du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est pertinent (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 9C\_725/2018 du 6 mars 2019 consid. 5.3.1 ; TF 9C\_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2). Or, les conséquences sur la capacité de travail du recourant du point de vue neurologique n'ont pas été examinées par la CNA du fait de l'absence de causalité avec l'accident pris en charge par cette dernière.

L'instruction doit ainsi être complétée par une appréciation médicale des éventuels effets des atteintes d'origine malade au membre inférieur gauche, voire les deux membres inférieurs, sur la capacité de travail.

**d)** A supposer qu'il existe un impact sur la capacité de travail et de gain, il faudra en outre déterminer si un traitement médical doit être considéré. Il faudra ainsi examiner si l'implantation d'un stimulateur médullaire, voire un geste chirurgical au niveau du canal lombaire, sont susceptibles de réduire les effets de l'atteinte et donc réduire le dommage. Dans l'affirmative, il faudra déterminer si l'intervention est exigible ou non (cf. consid. 4d *supra*)

**e)** Pour le surplus, les accidents du 3 avril 2012 (fracture de la tête radiale du coude droite) et 11 juin 2014 (traumatisme crânien simple)

n'ont pas entraîné de complication (cf. rapport d'examen médical final du 30 novembre 2015 du Dr W. \_\_\_\_\_ pp. 1 et 3) et l'absence de conséquence sur la capacité de travail et de gain n'est pas contestée. Quant au rapport d'expertise du Dr AB. \_\_\_\_\_, il n'est pas remis en question par les parties.

**f)** Par conséquent, en l'absence d'une appréciation médicale exhaustive sur le plan somatique, l'instruction doit être complétée et le recours doit être admis. Il convient de renvoyer la cause à l'office intimé, autorité à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Ce dernier devra soumettre à appréciation médicale les effets sur la capacité de travail des atteintes d'origine malade au membre inférieur gauche, voire aux deux membres inférieurs, et, en cas d'impact sur la capacité de travail et de gain, déterminer si un traitement médical doit être considéré.

**7. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, 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 judiciaires (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé, qui succombe.

**c)** Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, les dépens sont arrêtés à 1'500 fr., TVA comprise, à la charge de l'intimé qui succombe (art. 55 al. 2 et 56 al. 2 LPA-VD). Ils couvrent le montant de la

liste des opérations produite par le conseil d'office du recourant en date du 8 avril 2019, de telle sorte qu'aucune indemnité n'est due au titre de l'assistance judiciaire accordée par décision du 28 septembre 2018.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 16 août 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z. \_\_\_\_\_ la somme de 1'500 fr. (mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Paul-Arthur Treyvaud (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (l'intimé),
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :