

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 avril 2026

Composition : M. WIEDLER, président
Mme Berberat et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Della Santa

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à Q***, recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 43 et 61 let. c LPGA ; art. 4 al. 1, 28 al. 1 LAI ; art. 88a al. 1 RAI

En fait :

A. a) B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, célibataire et sans enfant, était employé à 100 % depuis le 1^{er} juillet 2010 en qualité de soudeur par la société C. _____ SA, à I***.

b) Le 30 juillet 2017, durant ses vacances au Z***, l'assuré s'est mal réceptionné, alors qu'il avait sauté par-dessus un muret pour récupérer un ballon lors d'un match de football, ce qui lui a causé une luxation du quatrième orteil du pied gauche.

La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge le cas et alloué les prestations légales de l'assurance-accidents.

Des radiographies de l'avant-pied gauche (face/oblique) ont été réalisées par le Dr E. _____, spécialiste en radiologie, le 22 août 2017. Dans son rapport du même jour, il a relevé que les rapports articulaires étaient physiologiques, les structures osseuses sans anomalie et les parties molles sans particularité et a conclu à l'absence d'anomalie.

A teneur d'un rapport médical intermédiaire du 16 octobre 2017, le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de « status après luxation MP4 [ndlr. quatrième articulation métacarpo-phalangienne] pied gauche » et de « Sudeck massif ».

Dans un rapport médical du 22 novembre 2017, le Dr D. _____ a relevé que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré, même si celui-ci continuait à ressentir des douleurs.

Le 15 décembre 2017, le Dr D. _____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré ne s'était plus amélioré, voire s'était péjoré, le Sudeck massif étant toujours présent. Il a préconisé un séjour auprès de la I. _____ à V*** (ci-après : la I. _____).

L'assuré a été hospitalisé auprès de la I. _____ du 30 janvier au 6 mars 2018. Dans un rapport du 23 mars 2018, la Dre J. _____, médecin praticienne auprès de la I. _____, a posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs de pied gauche et le diagnostic supplémentaire de chute le 30 juillet 2017 avec choc du pied gauche, avec luxation de la quatrième articulation métatarso-phalangienne. Elle a précisé qu'aucun diagnostic n'avait été retenu sur les plans orthopédique et psychiatrique et que la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, mais qu'elle devrait l'être dans un délai d'environ trois mois. Elle retenait les limitations fonctionnelles provisoires suivantes liées aux douleurs ressenties par l'assuré : port de charges supérieures à 25-30 kg, port de charges supérieures à 15-20 kg de manière répétée, marche prolongée en terrain irrégulier, utilisation répétée d'échelles. A ce rapport était notamment joint un compte-rendu du Dr R. _____, spécialiste en radiologie et médecine nucléaire, établi le 6 février 2018 à la suite d'une scintigraphie osseuse triphasique réalisée le même jour, dont les conclusions étaient les suivantes :

« Pas d'argument en faveur d'une algodystrophie du pied gauche mis en évidence.
Tableau scintigraphique d'une décharge du pied gauche.
Troubles dégénératifs de l'hallux gauche au niveau métatarso-phalangien. »

Dans un rapport de consultation du 29 mai 2018, le Dr W. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a relevé que l'évolution était plutôt stationnaire, l'assuré se plaignant toujours de douleurs un peu diffuses au niveau de son avant-pied et médio-pied gauche avec des douleurs sur le bord latéral du pied. L'IRM (imagerie par résonance magnétique) réalisée le même jour ne permettait pas de mettre en évidence d'œdème osseux ou de modification morphologique au niveau de l'avant-pied, ni d'épanchement articulaire. Ce médecin a conclu que l'assuré présentait des douleurs résiduelles d'origine indéterminée probablement avec une réaction de type sudeckoïde.

c) L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 9 mai 2018.

Le 14 juin 2018, l'OAI a reçu le dossier de la CNA, lequel contenait notamment les rapports médicaux exposés sous let. b ci-dessus.

d) Le 27 juillet 2018, l'assuré a perdu l'équilibre alors qu'il était sur un tabouret et est tombé sur les talons. Cet accident a été déclaré à la CNA, qui a presté.

Dans un rapport médical du 2 novembre 2018, le Prof. T._____, spécialiste en anesthésiologie, a conclu, s'agissant des douleurs présentes depuis l'accident de juillet 2017, à une probable lésion nerveuse provoquée par un traumatisme d'élongation lors de la luxation de la quatrième articulation métatarso-phalangienne. Il a par ailleurs suspecté un syndrome douloureux régional complexe (ou complex regional pain syndrome [CRPS] ; ci-après : SDRC).

L'assuré a été examiné par la Dre G._____, médecin praticienne et médecin d'arrondissement de la CNA, le 19 décembre 2018. Dans son rapport d'examen établi le lendemain, la médecin a retenu les diagnostics suivants :

- « - Douleurs persistantes du pied gauche au niveau des deux derniers rayons dans les suites d'une luxation de la quatrième articulation métatarso-phalangienne et d'une algoneurodystrophie au décours ;
- Probable lésion nerveuse provoquée par le traumatisme d'élongation lors de la luxation avec lésion des fibres A-delta et A-bêta ;
- Status après chute le 27 juillet 2018 avec contusion des deux pieds au niveau du calcanéum sans fracture ni lésion structurelle. »

Afin de mieux comprendre le mécanisme douloureux et les éventuelles lésions qui auraient été engendrées par le traumatisme du 30 juillet 2017, la Dre G._____ préconisait de procéder à une évaluation neurologique avec un électroneuromyogramme (ci-après : ENMG) auprès du

Dr O._____, spécialiste en neurologie. S'agissant de l'accident du 27 juillet 2018, elle a relevé que l'assuré ne formulait plus aucune plainte.

Dans un rapport du 6 février 2019, faisant suite à une consultation du 31 janvier 2019, le Dr W._____ a constaté que la situation était stationnaire. Il a posé les diagnostics de douleurs résiduelles à l'avant-pied gauche sur status après probable luxation de la quatrième articulation métatarso-phalangienne du pied gauche et de suspicion d'une lésion du nerf péronier superficiel (rameau dorso-latéral).

Le 11 mars 2019, l'assuré a été examiné par le Dr O._____, lequel a établi le même jour un rapport médical. Relevant que l'ENMG du membre inférieur gauche réalisé était normal, ce médecin a retenu que l'assuré présentait des douleurs mécaniques au pied gauche survenues à la suite d'un traumatisme en juillet 2017 avec luxation du quatrième orteil et syndrome douloureux chronique, mais sans net symptôme suggérant une neuropathie surajoutée.

Le 9 avril 2019, la Dre G._____ a établi son rapport d'examen final de l'assuré lequel avait eu lieu la veille. Le Dr O._____ ayant exclu toute neuropathie, elle a confirmé les diagnostics posés le 19 décembre 2018 de douleurs persistantes du pied gauche au niveau des deux derniers rayons dans les suites d'une luxation de la quatrième articulation métatarso-phalangienne et d'une algoneurodystrophie au décours et de status après chute le 27 juillet 2018 avec contusion des deux pieds au niveau du calcanéum sans fracture ni lésion structurelle. Considérant que, sur le plan médical, la situation était stabilisée, la médecin a retenu que la capacité de travail de l'assuré était de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de marche répétée ou prolongée, pas de marche répétée et prolongée en terrains irréguliers, pas de marche dans des escaliers ou des montées ou des descentes d'échelles, pas de port de charges répétées supérieures à 10-15 kg et pas d'activités à genoux ou accroupi. En revanche, dans son activité habituelle, sa capacité de travail était nulle.

Le 20 mai 2019, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision, qui prévoyait de lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2018 au 30 avril 2019, basé sur un degré d'invalidité de 100 %. Dès le 31 janvier 2019, si sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle, elle était en revanche entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Son préjudice économique dès le 31 janvier 2019 s'élevait à 13,15 %, ce qui était insuffisant pour lui reconnaître le droit à une rente, au-delà de trois mois après cette date.

Le 20 juin 2019, l'assuré, sous la plume de Me Jean-Michel Duc, a déposé des objections à l'encontre du projet de décision précité, objections complétées le 15 novembre 2019.

Par décision sur opposition du 17 octobre 2019, la CNA a confirmé une décision du 18 juillet 2019, par laquelle elle a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 18 % à partir du 1^{er} juillet 2019 pour les séquelles de l'accident du 30 juillet 2017. Cette décision de la CNA a été confirmée par la Cour de céans dans un arrêt AA 155/19 - 130/2024 du 9 décembre 2024, entré en force.

Dans un rapport médical du 19 octobre 2019, adressé au médecin traitant de l'assuré, le Prof. N._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a retenu les diagnostics de douleurs neuropathiques résiduelles post-traumatiques de l'avant-pied gauche sur probable lésion du nerf péronier superficiel et status après maladie de Sudeck, ainsi que de douleurs du membre inférieur droit dans le cas d'une probable sensibilisation centrale. Il a exposé qu'à la suite de sa chute d'août 2018 [recte : juillet 2018], l'assuré présentait une même symptomatologie douloureuse aux deux pieds, avec prédominance à gauche. Il estimait que les douleurs étaient mixtes, mécaniques et neuropathiques, sans évidence d'atteinte inflammatoire. Il a relevé qu'hormis une certaine sécheresse de la peau des deux pieds, plus marquée au pied gauche, il n'existait pas d'autres symptômes typiques d'un SDRC. L'assuré a également produit un courrier du Prof. N._____ du 21 octobre 2019, répondant aux questions posées par son avocat, dont on extrait ce qui suit (sic) :

« En conclusion, pour moi, Monsieur B. _____ souffre de douleurs neuropathiques résiduelles sévères après un traumatisme avec probable lésion neurogène, maladie qui s'est compliquée dans les suites immédiates d'une maladie de Sudeck. Actuellement, les douleurs neurogènes persistent, sont invalidantes et incompatibles avec une reprise de l'activité d'un travail manuel adapté, même léger, puisque le patient a des douleurs de repos et aggravées à la moindre sollicitation.

Pour l'instant, cette maladie ne lui permet qu'une activité occupationnelle. Par contre, je ne suis pas sûr du tout que je considérerais encore la situation comme stabilisée chez un patient qui mériterait à mon avis d'autres approches thérapeutiques avant de clore le dossier ».

Dans un avis du 14 février 2020, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a indiqué que les rapports produits par l'assuré ne décrivaient aucune modification objective de son état de santé.

Par décision du 17 avril 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision du 20 mai 2019, octroyant à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2018 au 30 avril 2019.

B. Par courrier du 29 juin 2020, l'assuré a annoncé à l'OAI une aggravation de son état de santé. Il a indiqué que des discopathies modérées L4-L5 et L5-S1, avec bombement discal circonférentiel et aspect congestif des articulations facettaires postérieures de L3 à S1, avaient été récemment diagnostiquées. A l'appui de ses propos, il a produit un rapport médical établi le 17 juin 2020 par la Dre H. _____, spécialiste en médecine nucléaire et radiologie, à la suite d'une IRM réalisée le même jour posant le diagnostic précédemment mentionné.

Le 15 juillet 2020, l'assuré a formellement déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

C. Entretemps, toujours représenté par Me Duc, B. _____ a recouru contre la décision du 17 avril 2020 de l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 20 mai 2020, concluant principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens que l'intimé est condamné à lui allouer une rente entière d'invalidité au-

dès le 30 avril 2019, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire et plus subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, le requérant a contesté avoir recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter du 31 janvier 2019, niant toute valeur probante aux rapports médicaux sur lesquels l'intimé a fondé sa décision, lequel aurait violé son devoir d'instruction.

A l'appui de son recours, il a produit un rapport du 28 avril 2020 des Drs L._____ et S._____, spécialistes en anesthésiologie, lesquels ont posé le diagnostic d'algoneurodystrophie des avant-pieds, relevant que les douleurs au pied droit étaient apparues douze mois auparavant.

Par écriture du 19 août 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il a produit un avis médical du 12 août 2020 du SMR, qui se déterminait sur les derniers rapports médicaux versés au dossier par le requérant.

Par réplique du 12 octobre 2020, le requérant a maintenu ses conclusions, réitérant que sa capacité de travail était nulle. A l'appui de son écriture, il a produit les pièces suivantes :

- Un rapport de scintigraphie osseuse trois phases et SPECT-CT des chevilles du 5 août 2020 réalisé par la Dre H._____ à la suite d'une entorse de la cheville droite avec douleurs résiduelles, dont on extrait ce qui suit :
« Conclusion
Examen scano-scintigraphique en faveur d'un syndrome douloureux régional complexe de la cheville droite en phase chronique, avec une hypercaptation osseuse de l'articulation de la cheville et de l'ensemble des os du tarse et médiotarse positive notamment en phase osseuse. »
- Un rapport du 11 août 2020 du Dr W._____ posant le diagnostic de réaction de Sudeck post-traumatique de la cheville droite sur status après entorse de la cheville droite en été 2019 et concluant que « [l]'examen Spect-CT réalisé le 05 août 2020 permet de mettre en évidence une réaction de Sudeck également au niveau de la cheville droite suite à cette entorse subie en été 2019 et traitée conservativement. »

- Les réponses données le 8 septembre 2020 par le Dr P. _____, médecin généraliste traitant, à des questions posées par Me Duc, dans lesquels il a réitéré le diagnostic de syndrome de Sudeck et a exposé en particulier ce qui suit :

« (...)

2. Pourriez-vous confirmer que l'état de santé de Monsieur B. _____ ne lui permet pas de travailler sur le marché de travail ?

Pourriez-vous motiver votre appréciation et préciser les limitations fonctionnelles ?

Je pense effectivement qu'actuellement l'état de santé de Monsieur B. _____ avec ses douleurs des deux membres inférieurs intenses et prolongées ne lui permettent guère d'envisager la reprise d'une activité lucrative sur le marché du travail. Ceci est la conséquence de la sévérité des symptômes avec une aggravation récente au niveau de la cheville droite consécutive à l'algoneurodystrophie présente de ce côté-là. La prise en charge médicale doit être poursuivie de manière pluridisciplinaire telle qu'elle a été effectuée jusqu'à présent. La situation est donc encore évolutive et il n'est pas exclu qu'une reprise du travail puisse être envisagée à terme mais actuellement elle est totalement prématurée.

(...) »

Le 3 novembre 2020, l'intimé a maintenu ses conclusions et transmis à la Cour de céans un avis médical du SMR du 16 octobre 2020, relevant que les rapports médicaux produits par le recourant ne recelaient pas d'éléments médicaux objectivement vérifiables, rattachés à la période qui prévalait jusqu'à la prise de décision.

Par écriture du 19 novembre 2020, le recourant a maintenu les conclusions prises au pied de son mémoire de recours.

Le 17 février 2021, le recourant a déposé des déterminations, ainsi qu'un rapport médical du 9 décembre 2020 des Drs L. _____ et S. _____, lesquels ont confirmé le diagnostic de SDRC de l'avant du pied gauche depuis octobre 2017 et de la cheville gauche [recte : droite] depuis avril 2019.

Le 11 mars 2021, l'intimé a maintenu ses conclusions, estimant que les pièces médicales au dossier sur lesquelles il se fondait étaient probantes.

Le 21 octobre 2021, le recourant a produit un « rapport final » du 6 septembre 2021 du Service de l'emploi du canton de Vaud, Logistique des mesures de marché du travail, dont il ressort qu'il a participé à deux ateliers auprès d'A._____, durant lesquels il avait été confronté à des douleurs intenses, au niveau des jambes, des pieds et du bas du dos.

Le 15 novembre 2021, l'intimé s'est déterminé sur cette nouvelle pièce, lui niant toute valeur probante.

Le 23 décembre 2021, le recourant a produit un rapport médical établi le 18 décembre 2021 par le Prof. N._____, à la suite d'un nouvel examen médical qui avait eu lieu le 21 octobre 2021. On extrait ce qui suit de ce rapport :

« 1. Quel est le status ?

Je n'ai pas de modification significative du status clinique par rapport à mon examen de septembre 2019. Je n'ai toujours aucune anomalie qui suggérerait un rhumatisme inflammatoire ou une autre pathologie sous-jacente (...)

2. Quels sont les diagnostics retenus ?

Je conserve les mêmes diagnostics de douleurs neuropathiques chroniques bilatérales des membres inférieurs dans un contexte post-maladie de Sudeck bilatérale, impression confortée par la scintigraphie osseuse d'août 2020 qui confirme maintenant l'atteinte droite.

3. Pourriez-vous confirmer que notre mandant est toujours à l'incapacité totale de travail, en raison de ses atteintes à la santé ? Pourriez-vous motiver votre appréciation ?

Malheureusement, je ne peux que confirmer que Monsieur B._____ reste à l'incapacité complète de travail en raison de ses atteintes à la santé. En effet, l'incapacité est déterminée par l'atteinte douloureuse qui est permanente et réfractaire à toutes les mesures médicamenteuses ou infiltratives. Ses douleurs sont malheureusement constantes et indépendantes de la position ou d'une quelconque charge exprimée ou non sur les membres inférieurs, et ne peuvent donc être améliorées par un choix quelconque d'activités dites adaptées. »

Par acte du 25 janvier 2022, l'intimé a produit un avis médical du SMR établi le 14 janvier 2022, lequel a conclu que le rapport établi le 18 décembre 2021 par le Prof. N._____ ne contenait pas d'éléments médicaux objectivement vérifiables rattachés à la période qui prévalait jusqu'à la prise de décision.

Par écriture du 11 février 2022, le recourant a contesté toute valeur probante à l'avis médical du SMR déposé par l'intimé.

Le 29 septembre 2022, le recourant a déposé un rapport médical du 26 septembre 2022 du Dr M. _____, spécialiste en neurologie et médecine physique et réadaptation. Ce médecin a posé les diagnostics suivants (sic) :

- «- Séquelles douloureuses et trouble de mobilité de la cheville et du pied gauches, après luxation du 4^{ème} orteil du pied gauche le 17/6/2017, compliquée par une algoneurodystrophie.
- Douleurs résiduelles du membre inférieur droit prédominant au niveau de la cheville, status après traumatisme sur chute à domicile en 2017.
- Déconditionnement cardiovasculaire et musculaire périphérique.
- État anxiodépressif réactionnel.
- Excès pondéral discret (BMI 25.66kg/m²). »

Dans ce même rapport, compte tenu des douleurs ressenties par l'assuré qui l'obligeaient à changer régulièrement de position, le Dr M. _____ a conclu que la capacité de travail du recourant était nulle dans son ancienne activité de soudeur ainsi que dans une activité d'employé de bureau.

Le 3 octobre 2023, le juge instructeur soussigné, nouvellement en charge du dossier, a transmis à l'intimé l'envoi de Me Duc du 29 septembre 2022.

L'intimé a adressé le 16 octobre 2023 un avis médical du SMR à teneur duquel le rapport du 26 septembre 2022 du Dr M. _____ n'était pas pertinent, car concernant une période postérieure à la décision attaquée.

Le 15 janvier 2024, le recourant a produit deux rapports médicaux du Prof. T. _____, établis respectivement le 12 mai 2023 et le 27 octobre 2023. Ce médecin a relevé que l'assuré souffrait surtout de douleurs au pied droit et que ce pied présentait vraisemblablement un

SDRC. Le recourant a en outre sollicité la tenue d'une audience de débats publics.

Le 21 février 2024, l'intimé a déposé un avis médical du SMR établi le 29 janvier 2024 concluant que les rapports médicaux nouvellement produits ne contenaient pas d'éléments médicaux objectivement vérifiables rattachés à la période qui prévalait jusqu'à la prise de décision.

D. Une audience de débats publics a eu lieu le 9 décembre 2024 à laquelle le recourant ne s'est pas présenté personnellement. Lors de l'audience, Me Duc a produit un procédé écrit accompagné notamment d'un rapport du 30 octobre 2024 du Dr K._____, spécialiste en neurologie, à teneur duquel celui-ci a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle du recourant, soulignant pour le surplus qu'il n'avait pas le recul pour se prononcer de manière approfondie sur la cause de l'incapacité de travail, ainsi que d'un rapport du 4 décembre 2024 du Dr M._____, par lequel celui-ci s'est déterminé sur l'état de santé du recourant à la suite de son examen clinique du même jour et a notamment confirmé retenir une incapacité de travail totale du recourant dans son activité habituelle. Il a ensuite plaidé pour le recourant, maintenant ses conclusions.

E. Dans un arrêt AI 159/20 – 396/2024 du même jour, la Cour de céans a rejeté le recours formé par B._____ à l'encontre de la décision rendue le 17 avril 2020 par l'intimé et a confirmé cette décision. Elle a notamment retenu :

« (...)

4. a) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1).

b) En l'occurrence, le recourant a signalé à l'OAI, par courrier du 29 juin 2020, une aggravation de son état de santé, en ce sens qu'il ressentait dorénavant de fortes douleurs au dos, un nouveau diagnostic de discopathies modérées L4-L5 et L5-S1, avec bombement discal circonférentiel et aspect congestif des articulations facettaires postérieures de L3 à S1, ayant été posé par la Dre H. _____ (cf. rapport médical du 17 juin 2020). Le 15 juillet 2020, l'assuré a formellement déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Ainsi, sa situation médicale s'est rapidement dégradée entre le moment où l'OAI a rendu la décision attaquée le 17 avril 2020 et le mois de juin de cette même année. Or, les nombreux rapports médicaux et pièces produits par le recourant dans le cadre de la présente procédure sont tous postérieurs à la décision attaquée, seuls ceux portant sur la situation du recourant jusqu'au 17 avril 2020, soit avant l'aggravation de son état de santé, doivent être pris en considération par la Cour de céans.

c) Peuvent être considérés comme portant sur l'état de santé du recourant au moment où la décision attaquée a été rendue et sont partant pertinents pour juger la présente cause :

- le rapport du 28 avril 2020 des Drs L. _____ et S. _____, lequel fait suite à un examen du recourant qui a eu lieu le 22 avril 2020, soit trois jours après la date de la décision attaquée et concernant des douleurs aux avant-pieds précédemment mentionnées par d'autres médecins, ainsi que des douleurs au pied droit apparues douze mois auparavant ;
- le rapport du 9 décembre 2020 des mêmes médecins confirmant leurs précédents diagnostics et exposant des généralités médicales complémentaires.

d) En revanche, concernant l'état de santé du recourant postérieur à la décision attaquée :

- le rapport de scintigraphie osseuse du 5 août 2020 établi par la Dre H. _____ et le rapport rédigé le 11 août 2020 sur la base de celui-ci par le Dr W. _____ ;
- le rapport du 8 septembre 2020 du Dr P. _____, lequel se détermine sur l'état de santé d'alors du recourant, relevant une aggravation récente de son état de santé ;
- le « rapport final » du 6 septembre 2021 du Service de l'emploi du canton de Vaud qui fait état de la péjoration de l'état de santé du recourant et de ses douleurs au dos ;
- le rapport médical établi le 18 décembre 2021 par le Prof. N. _____, à la suite d'un examen médical qui a eu lieu le 21 octobre 2021, rapport dans lequel ce médecin se réfère en outre au rapport de scintigraphie osseuse du 5 août 2020 ;
- le rapport médical du 26 septembre 2022 du Dr M. _____, qui se fonde sur son examen clinique du recourant à cette période ;
- les rapports médicaux du Prof. T. _____ des 12 mai et 27 octobre 2023 établis sur la base d'un examen clinique réalisé en janvier 2023 constatant la péjoration de l'état de santé du recourant ;

- le rapport médical du 30 octobre 2024 du Dr K. _____ à teneur duquel celui-ci se détermine sur l'état de santé d'alors du recourant ;
- le rapport médical établi le 4 décembre 2024 par le Dr M. _____ à la suite de son examen clinique du même jour du recourant.

Il ne sera dès lors pas tenu compte de ces pièces plus avant.
(...) »

F. Par arrêt 9C_64/2025 du 15 octobre 2025, le Tribunal fédéral a partiellement admis le recours formé par B. _____, dans la mesure où il était recevable, et a annulé l'arrêt de la Cour de céans du 9 décembre 2024, la cause étant renvoyée à cette autorité pour qu'elle procède dans le sens des considérants. On extrait ce qui suit de l'arrêt du Tribunal fédéral :

« (...)

5.3. En l'occurrence, comme le fait valoir le recourant, c'est "erronément et de manière arbitraire" que les juges précédents ont considéré que seuls deux des rapports qu'il avait produits à l'appui de son recours cantonal et de ses observations ultérieures concernaient son état de santé au moment où la décision attaquée avait été rendue et pouvaient donc être pris en considération dans le cadre de l'appréciation des preuves (à savoir les rapports des docteurs L. _____, spécialiste en anesthésiologie, et S. _____, spécialiste en anesthésiologie et en médecine interne générale, des 28 avril et 9 décembre 2020).

En particulier, les premiers juges ne sauraient être suivis lorsqu'ils retiennent que dans son rapport du 8 septembre 2020, le docteur P. _____, spécialiste en médecine interne générale, s'est déterminé sur l'état de santé d'alors du recourant, relevant une aggravation récente de son état de santé. À la lecture de ce rapport (qui comprend notamment un examen chronologique des pièces médicales établies entre décembre 2017 et août 2020), on constate que le docteur P. _____, qui suit le recourant depuis le mois de mars 2010, s'est déterminé au sujet de l'état de santé de son patient dès l'accident de juillet 2017. Le médecin traitant a en effet fait état de symptômes d'algoneurodystrophie présents peu de temps après le traumatisme, en soulignant aussi le rôle important du second traumatisme survenu lors de la chute en été 2018. Dans la mesure où les constatations du docteur P. _____, à tout le moins une partie de celles-ci, ont trait à l'état de santé du recourant antérieur à la décision administrative du 17 avril 2020, la juridiction cantonale ne pouvait pas en faire abstraction dans le cadre de son appréciation des preuves. La considération qui précède vaut également concernant plusieurs autres rapports médicaux produits par l'assuré dans le cadre de la procédure cantonale de recours (cf. notamment le rapport du 18 décembre 2021, dans lequel le docteur N. _____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, se réfère à un "suivi de plus de 4 ans d'évolution").

5.4. En conséquence de ce qui précède, la cause doit être renvoyée à la juridiction cantonale afin qu'elle procède à un nouvel examen du cas en se fondant sur l'ensemble des pièces produites par le recourant ayant trait à sa situation antérieure à la décision administrative du 17 avril 2020. Il lui appartiendra également d'examiner notamment l'incidence de l'atteinte que l'assuré présente à son pied droit, dès lors que le docteur P. _____ a indiqué, dans son rapport du 8 septembre 2020, que cette atteinte avait été occasionnée par la chute survenue en juillet 2018. Dans ce contexte, on rappellera du reste que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis motivé d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis. Il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 145 V 97 consid. 8.5; 142 V 58 consid. 5.1; 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6). La conclusion subsidiaire de l'assuré tendant au renvoi de la cause à l'instance précédente se révèle dès lors bien fondée.
(...) »

G. A la suite de cet arrêt du Tribunal fédéral, l'instruction de la cause a été reprise par le juge instructeur soussigné.

Par pli du 9 décembre 2025, le recourant, agissant toujours sous la plume de son conseil, a sollicité la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire avec volets en médecine interne, rhumatologie, neurologie, psychiatrie et orthopédie, laquelle devrait être confiée à un hôpital universitaire. A l'appui de son écriture, il a produit un rapport du 3 septembre 2025 du Dr F. _____, spécialiste en neurologie, posant le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe des pieds et chevilles des deux côtés (SDRC), sans signe d'anomalie neurographique, ainsi qu'un rapport du 22 novembre 2025 du Dr U. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retenant le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F32.1).

Le 29 janvier 2025, l'intimé a maintenu sa position, produisant un avis médical du SMR du 16 janvier 2025.

En droit :

1. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal doit statuer à nouveau dans cette affaire, à la suite de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral.

2. a) En vertu du principe de l'autorité de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral, l'autorité cantonale à laquelle une affaire est renvoyée est tenue de fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit de l'arrêt du Tribunal fédéral ; sa cognition est limitée par les motifs de l'arrêt de renvoi, en ce sens qu'elle est liée par ce qui a déjà été tranché définitivement par le Tribunal fédéral, ainsi que par les constatations de fait qui n'ont pas été critiquées devant lui ; des faits nouveaux ne peuvent être pris en considération que sur les points qui ont fait l'objet du renvoi, lesquels ne peuvent être ni étendus, ni fixés sur une base juridique nouvelle (ATF 135 III 334 consid. 2 ; 131 III 91 consid. 5 ; voir également TF 5A_488/2013 du 4 avril 2014 consid. 3.1 et les références citées).

b) En substance, le Tribunal fédéral a estimé que certains rapports médicaux qui avaient été produits par le recourant durant la procédure cantonale de recours ont été arbitrairement écartés par la Cour de céans, qui a à tort retenu que ceux-ci n'étaient pas pertinents, car portant sur l'état de santé du recourant postérieur à la décision du 17 avril 2020. Ce faisant, il a annulé l'arrêt de la Cour de céans et lui a renvoyé la cause afin qu'elle procède à un nouvel examen du cas en se fondant sur l'ensemble des pièces produites par le recourant ayant trait à sa situation antérieure à la décision attaquée.

3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 30 avril 2019.

4. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions

légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3), le droit applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date.

5. 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée

de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

d) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

6. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

b) 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).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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).

d) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé

(ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

e) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1).

7. Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est généralement justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

8. **a)** En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2018 au 30 avril 2019, basé sur un degré d'invalidité de 100 %. Est en revanche litigieux le point de

savoir si c'est à juste titre que la décision attaquée du 17 avril 2020 retient que, dès le 31 janvier 2019, la capacité de travail de l'assuré, bien que nulle dans son activité habituelle, est entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de marche répétée ou prolongée, pas de marche répétée et prolongée en terrains irréguliers, pas de marche dans des escaliers ou des montées ou des descentes d'échelles, pas de port de charges répété supérieures à 10-15 kg et pas d'activités à genoux ou accroupi. Le recourant estime que sa capacité de travail n'a pas évolué et est toujours nulle dans toute activité.

b) L'intimé a fondé sa décision sur le rapport d'examen final du 9 avril 2019 de la Dre G. _____, dont le SMR a fait siennes les conclusions. Après avoir examiné l'assuré la veille, cette médecin a posé les diagnostics de douleurs persistantes du pied gauche au niveau des deux derniers rayons dans les suites d'une luxation de la quatrième articulation métatarso-phalangienne et d'une algoneurodystrophie au décours - étant précisé que les douleurs prises en considération par cette médecin se situaient au niveau de la tête des quatrième et cinquième métatarsiens ainsi que sur le bord externe du pied gauche irradiant jusqu'au talon gauche et de la cheville gauche - , ainsi que de status après chute le 27 juillet 2018 avec contusion des deux pieds au niveau du calcanéum sans fracture ni lésion structurelle. La Dre G. _____ avait déjà examiné le recourant en date du 19 décembre 2018. Elle avait alors suspecté une lésion nerveuse provoquée par le traumatisme d'élongation lors de la luxation avec lésion des fibres A-delta et A-bêta. Ce diagnostic, qui avait également été envisagé par le Prof. T. _____ dans son rapport médical du 2 novembre 2018 et par le Dr W. _____ dans son rapport du 6 février 2019, a cependant pu être écarté à la suite de l'examen neurologique effectué par le Dr O. _____, lequel a conclu, en mars 2019, que le status était normal (cf. rapport du 11 mars 2019).

c) Dans son arrêt du 9 décembre 2024, la Cour de céans a retenu qu'aucun rapport médical au dossier concernant l'état de santé du recourant antérieur à la décision de l'intimé ne permettait de mettre en

doute la valeur probante du rapport d'examen de la G. _____ (consid. 8 de cet arrêt).

S'agissant des atteintes au pied droit du recourant, la Cour a retenu ce qui suit (consid. 8.b/bb) :

« Il ressort des rapports médicaux du 19 octobre 2019 du Prof. N. _____ et du 28 avril 2020 des Drs L. _____ et S. _____ que le recourant souffrirait de douleurs également au pied droit. D'après le Prof. N. _____, ces douleurs auraient débuté après l'accident de juillet 2018 et, selon les Drs L. _____ et S. _____, douze mois avant leur rapport, soit en avril 2019. On relève déjà qu'il existe une contradiction entre ces deux rapports quant au moment où les douleurs au pied droit seraient apparues. En outre, lors de son examen clinique du 19 décembre 2018, le recourant n'a formulé aucune plainte concernant les suites de l'événement de juillet 2018 et la G. _____ n'a relevé aucun problème en lien avec son pied droit (cf. rapport d'examen du 20 décembre 2018 de la G. _____). Le Dr W. _____, lors d'une consultation du 31 janvier 2019, a constaté que la situation médicale du recourant était stationnaire, aucune plainte en lien avec le pied droit n'ayant été relevée (cf. rapport du 6 février 2019 du Dr W. _____). Lors de l'examen neurologique du 11 mars 2019 conduit par le Dr O. _____, celui-ci n'a pas non plus constaté de problèmes avec le pied droit du recourant, lequel ne s'est pas plaint de douleurs à ce membre (cf. rapport du 11 mars 2019 du Dr O. _____). Il en est allé de même lors de l'examen clinique final de la Dre G. _____ du 8 avril 2019 (cf. rapport du 9 avril 2019 de la Dre G. _____). Ainsi, lorsque l'intimé a rendu la décision attaquée, le seul rapport médical dont il disposait mentionnant des douleurs au pied au droit était celui du 19 octobre 2019 du Prof. N. _____. Or ce rapport ne rendait pas vraisemblables de telles douleurs. En effet, il en datait la survenance à juillet 2018, en contradiction avec tous les autres rapports médicaux au dossier, et ne se fondait que sur les dires du recourant pour poser son diagnostic et sur la sécheresse des deux pieds (cf. rapport du 19 octobre 2019 du Prof. N. _____. On ne saurait dès lors faire grief à l'intimé de ne pas avoir investigué ce point avant de rendre sa décision. Dans leur rapport du 28 avril 2020, les Dr L. _____ et S. _____ font, quant à eux, état d'un œdème et d'une tuméfaction au pied droit du recourant (cf. rapport du 28 avril 2020 des Dr L. _____ et S. _____). Il n'est cependant pas possible de savoir si ces symptômes étaient déjà existants le jour où la décision litigieuse a été rendue, tenant notamment compte du fait que l'état de santé du recourant s'est dégradé rapidement après celle-ci. Il convient dès lors de retenir que les douleurs au pied droit dont se plaint le recourant devront être prises en considération dans le cadre de la nouvelle demande déposée par ce dernier auprès de l'intimé le 15 juillet 2020. »

d) Dans le cadre du renvoi du Tribunal fédéral, il convient d'examiner si les considérations ci-dessus sont contredites par des pièces

médicales produites par le recourant durant la procédure cantonale de recours et dont la Cour de céans n'avait initialement pas tenu compte.

A cet égard, le Tribunal fédéral a retenu que la Cour de céans a, à tort, estimé que le rapport médical établi par le Dr P._____ le 8 septembre 2020 – soit près de cinq mois après le rendu de la décision attaquée et après que le recourant ait déposé une nouvelle demande auprès de l'intimé se prévalant d'une aggravation de son état de santé – faisait état d'éléments nouveaux postérieurs à la décision attaquée. Il a considéré qu'à tout le moins une partie des constatations du Dr P._____ avaient trait à l'état de santé du recourant antérieur à la décision du 17 avril 2020 et que ce constat valait également concernant plusieurs autres rapports médicaux produits par l'assuré dans le cadre de la procédure cantonale de recours.

Dans son rapport du 8 septembre 2020, le Dr P._____ a notamment indiqué que le recourant avait développé une algoneurodystrophie à la suite du second accident au niveau de la cheville droite. Dans la mesure où le Dr P._____ rattache cette atteinte à l'accident de juillet 2018, le Tribunal fédéral retient qu'elle doit être considérée comme antérieure à la décision de l'intimé, ce qui invalide le raisonnement retenu par la Cour de céans dans son précédent arrêt.

e) Comme mentionné ci-dessus, l'algoneurodystrophie dont souffrirait le recourant à la cheville droite n'a pas fait l'objet d'une instruction de l'intimé. Il convient donc de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il appartient en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPG), étant rappelé que l'intimé n'a encore mis en œuvre aucune expertise dans ce dossier. Cette solution se justifie d'autant plus en l'espèce que, si le Tribunal fédéral a retenu que d'autres rapports médicaux avaient été injustement écartés par la Cour de céans dans l'arrêt du 9 décembre 2024, il n'a pas précisé lesquels, donnant uniquement un exemple. Le renvoi de la cause à l'autorité intimée conduira ainsi à la prise en compte de l'ensemble des pièces produites par le recourant, ce qui évitera un nouveau recours au Tribunal

fédéral en cas de contestation du « tri » effectué par la Cour de céans. Cela permettra en outre que l'état de santé du recourant, respectivement sa capacité de travail, depuis le 1^{er} mai 2019 jusqu'au présent, tenant compte de l'aggravation annoncée en juillet 2020, fasse l'objet d'une seule instruction par la même autorité, ce qui apparaît opportun.

Il incombera dès lors à l'intimé de mettre à jour son dossier en sollicitant des rapports auprès des médecins qui suivent l'assuré, puis, cas échéant, de mettre en œuvre une expertise dans les domaines médicaux qu'il estime pertinents.

9. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'office intimé afin qu'il reprenne l'instruction de la cause dans le sens des considérants qui précède, puis rende une nouvelle décision.

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

c) Le recourant obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Compte tenu de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 3'500 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'intimé qui succombe (art. 10 et 11 du tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative [TFJDA ; BLV 173.36.5.1]).

**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 17 avril 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cette autorité pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B. _____ une indemnité de 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs), à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc, pour le recourant,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :