

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 août 2017

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
M. Dépraz, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par L. _____, Service spécialisé Assurances sociales, à [...],

et

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

Art. 6, 7, 8 et 17 LPGA ; art. 4 et 28 LAI ; art. 87 RAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré), né en 1958, a travaillé pour [...] (ci-après : L._____) depuis 1974, initialement comme agent de mouvement puis en tant que fonctionnaire spécialisé dans les horaires. Il a déposé le 2 octobre 1995 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), invoquant une hernie discale L5-S1 opérée en 1985, 1991, 1993 et 1995.

Procédant à l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a en particulier interpellé le Dr T._____, médecin généraliste traitant. Dans un rapport du 27 octobre 1995, ce dernier a signalé les diagnostics suivants : cures itératives de hernie discale L5-S1 droite en 1985, 1991, 1993 et 1995 puis spondylodèse postérieure le 16 mai 1995 pour instabilité lombaire, syringomyélie C6-C7 post-traumatique et hypertension artérielle essentielle. Il a en outre fait état d'une entière incapacité de travail depuis fin 1994, pour une durée indéterminée.

Le 23 avril 1996, ce même médecin a indiqué qu'il n'y avait pas de modification notable par rapport à octobre 1995.

A compter du 1^{er} juin 1996, l'assuré a repris le travail à 25%.

Aux termes d'un compte-rendu du 6 septembre 1996, le Dr T._____ a indiqué qu'il n'y avait pas de modification notable par rapport à 1994 et 1995.

Par décision du 12 décembre 1996, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 75%, avec effet au 1^{er} novembre 1995.

A teneur d'une lettre du 1^{er} novembre 1997, l'assuré a avisé l'office qu'il reprendrait son activité à 66 ⅔ % à l'essai jusqu'à la fin de l'année, espérant reprendre à temps complet en début d'année 1998.

Par correspondance du 23 décembre 1997, l'intéressé a informé l'OAI qu'il reprendrait son activité professionnelle à 100% dès le 1^{er} janvier 1998.

Dans un rapport du 13 février 1998, le Dr T._____ a indiqué que la reprise du travail progressive en cours depuis 1997 était pour l'instant un succès, bien que la situation restât extrêmement fragile.

Par décision du 26 mai 1998, confirmant un projet du 5 mai précédent, l'OAI a signifié à l'assuré la suppression de sa rente d'invalidité avec effet au premier jour du deuxième suivant la notification.

B. En date du 15 mai 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente, motivée comme suit : « *[h]ernies discales, syringomyélie, AIT, opérations en 1985, 91, 93, 95 & 95 et 2007 au Centre hospitalier W._____* ».

Le 15 juin 2009, l'OAI a obtenu le dossier de l'assuré auprès du service médical de son employeur. Y figuraient notamment les documents suivants :

- un courrier rédigé le 6 septembre 2008 par le Dr X._____, spécialiste en médecine interne, expliquant que l'assuré était dépendant à l'alcool et qu'après une période d'abstinence de plusieurs mois, il avait rechuté environ 3 mois plus tôt ;

- un rapport du 13 mai 2009 du Dr U._____, spécialiste en neurochirurgie, indiquant qu'il n'avait pas de nouvelles explications d'ordre neurochirurgical concernant l'assuré et qu'il ne pensait pas qu'il faille encore une fois réintervenir chez celui-ci (notamment au niveau L2-L3), compte tenu de son lourd passé chirurgical neuro-orthopédique

lombaire s'accompagnant d'une chronification partielle des symptômes avec réactivation récente dans le cas d'un mouvement de rotation-torsion du tronc, la poursuite de traitements conservateurs étant par ailleurs vivement préconisée ;

- un rapport du 19 mai 2009 du Dr M._____, spécialiste en médecine du travail et médecine interne générale, rattaché au service médical de L._____, reprenant les conclusions susmentionnées du Dr U._____ et ajoutant que la poursuite du traitement conservateur, le traitement médicamenteux et le maintien des mesures habituelles d'épargne lombo-vertébral et d'hygiène posturale dans la vie tant privée que professionnelle étaient indiqués médicalement. Relevant que l'assuré était occupé dans une activité corporelle légère, considérant les aspects ergonomiques à la place de travail et soulignant que l'intéressé avait travaillé à 100% avant que sa santé ne se dégrade de nouveau, le Dr M._____ escomptait une reprise de l'activité professionnelle à 100% dans un délai de un à deux mois ;

- un complément d'information fourni le 29 mai 2009 par le Dr X._____, qui précisait que la situation était stable ces derniers temps, sans consommation d'alcool, et qui mentionnait en outre une tentative de reprise d'activité à 50% depuis le 1^{er} juin 2009.

Dans un rapport du 19 juin 2009, le Dr X._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de hernie discale L1-L2 et L2-L3 depuis 2007, de status après opérations pour une hernie discale L5-S1 depuis 1995, de syringomyélie cervicale, d'hypertension artérielle et de dépendance à l'alcool abstiné. Selon ce médecin, l'activité exercée était encore exigible à 60-80% et pouvait être reprise à 50% immédiatement.

En date du 2 novembre 2009, l'assuré a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique et de médecine physique-rééducation au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), examen réalisé par le Dr J._____, spécialiste en rhumatologue ainsi qu'en médecine physique

et rééducation. Ce dernier a notamment exposé ce qui suit aux termes de son rapport du 11 novembre 2009 :

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail

- **LOMBOSCIATALGIES D, AVEC UN DÉFICIT SENSITIF S1, DANS UN CONTEXTE DE DISCARTHROSES L2-L3, L3-L4, CURE DE HERNIE DISCALE L2-L3, CURE DE HERNIE DISCALE MULTIPLES L5-S1 AVEC SPONDYLODÈSE À CE NIVEAU, TROUBLES DÉGÉNÉRATIFS POSTÉRIEURS ÉTAGÉS. M54.4**

- sans répercussion sur sa capacité de travail

- **HYPOESTHÉSIE DANS LE TERRITOIRE DU NERF ULNAIRE D, DANS UN STATUS POST-TRANSPPOSITION DU NERF ULNAIRE.**
- **SYRINGOMYÉLIE CERVICALE VRAISEMBLABLEMENT ASYMPTOMATIQUE.**
- **DÉPENDANCE À L'ALCOOL.**

APPRÉCIATION DU CAS

Lors de l'entretien, l'assuré décrit en détail son activité d'employé de bureau. Il s'agit d'une activité physiquement légère, l'assuré peut travailler soit en position assise soit debout[,] son siège a été modifié, un ergothérapeute est venu voir son poste de travail pour trouver la façon la plus ergonomique de travailler. L'assuré dit être capable de travailler 45 minutes de suite, assis, puis, il peut se mobiliser pour aller chercher le courrier ; il reste en station debout 1 heure d'affilée, lorsqu'il doit faire du pointage.

L'assuré décrit la persistance d'une lombosciatalgie D, clairement de type mécanique, le trajet radiculaire décrit par l'assuré est difficile à systématiser, les douleurs irradient d'abord sous forme d'une radiculalgie S1, puis finissent au gros orteil, c'est-à-dire un trajet L5. L'assuré dit avoir des difficultés en extension de la cheville et des orteils, ainsi qu'une diminution de la sensibilité à la face externe de la jambe D, de longue date. L'assuré prend 5 jours sur 7 un traitement antalgique de Dafalgan® entre 2 et 4 cp par jour et pratiquement tous les jours 50 mg d'Ecofenac® (anti-inflammatoire) le soir.

Dans les suites des opérations de transposition des nerfs ulnaires aux coudes, l'assuré est asymptotique à G, à D, il ressent encore une diminution de la sensibilité de la face externe de l'avant-bras et de la main, sans trouble moteur.

Dans le descriptif de sa vie quotidienne, l'assuré travaille tous les jours de 07h15 à 13h00, il a repris à un taux de 70% à partir de juillet 2009. Lorsqu'il rentre à son domicile, vers 14h00, l'assuré va s'étendre 1 à 2 heures avant de reprendre ses activités.

L'examen clinique montre un assuré en bon état général, de poids normal, la musculature est peu développée aux MS et aux cuisses,

symétriquement. La vitesse de marche est légèrement ralentie, l'assuré a une légère boiterie D et se tient en flexion latérale D du tronc. Les mouvements automatiques de la nuque sont conservés, il utilise symétriquement ses 2 MS. Il n'a pas de difficulté en station assise pendant les 45 minutes de l'entretien. La tension artérielle diastolique est augmentée à 105 mmHg, il est demandé à l'assuré de la faire contrôler en pharmacie et d'informer son médecin traitant s'il y a persistance de valeurs élevées. L'assuré a des stigmates de consommation augmentée d'alcool, sous forme de télangiectasies faciales, érythème palmaire, nodules de Dupuytren aux mains, il n'a pas de foetor alcoolique le jour de l'examen ; il n'y a pas d'hépatomégalie ni de signe pour une polyneuropathie.

Au niveau neurologique, l'assuré a une diminution de la sensibilité au piqué, marquée sur la face externe de l'avant-bras D et de la main D, et de façon moindre au niveau de la pulpe des 3 derniers doigts. L'ancienne atteinte du nerf ulnaire n'explique pas l'étendue des troubles sensitifs. Nous ne trouvons pas de signes cliniques clairs pour une syringomyélie, notamment, il n'y [a] pas d'atteinte de la sensibilité suspendue, pas d'aréflexie, pas de parésie ou d'amyotrophie, pas de syndrome pyramidal sous-jacent. Les consultations neurologiques du 27 mars 2007, et du 7 mai [20]07 ne montrent pas non plus d'atteinte clinique claire en relation avec la syringomyélie ; l'électroneuromyographie des membres supérieurs du 27.3.07 l'exclut.

Aux membres inférieurs, nous retrouvons une hypoesthésie du territoire S1 cohérente. Nous avons un doute quant à une possible légère diminution de force du muscle tibial antérieur contre une résistance marquée, l'assuré a également plus de difficultés lorsqu'il bat la mesure du côté D.

Nous ne retrouvons pas d'hémisynndrome sensitivomoteur déficitaire cohér[e]nt du côté D. L'assuré fait des secousses lors du testing du biceps ou du triceps brachial à D, mais sans parésie. Les troubles sensitifs décrits, au niveau du visage, ne sont pas systématisables.

L'examen articulaire périphérique est dans la limite des normes, l'assuré a un enroulement complet, une extension des doigts complète malgré un nodule de Dupuytren sur le 4^{ème} rayon. La mobilité en flexion des hanches est légèrement limitée par une douleur lombaire. L'assuré a un flexum de 10° banal des 2 genoux, sans épanchement.

Au niveau du rachis, il existe des troubles statiques dans le plan sagittal, sous forme d'une hypercyphose dorsale, un effacement de la lordose lombaire et une antépulsion de la tête. La mobilité de la nuque est diminuée en flexion, en raison d'un raccourcissement des muscles postérieurs et de la longueur de la nuque ; il n'y a pas de syndrome rachidien, l'assuré a surtout une douleur au niveau cervical haut du côté D.

La mobilité lombaire est limitée d'un tiers dans tous les axes, douloureuse également dans toutes les directions. L'assuré a une douleur segmentaire, en L3 et L4, avec une contracture paravertébrale. Nous retenons, de ce fait et au vu de la mobilité spontanée, un syndrome rachidien léger. La manœuvre de Lasègue

couchée, oriente vers une sciatalgie irritative de 45°, nous ne pouvons confirmer cette hypothèse lorsque l'on refait la manœuvre assise. Hormis une réaction exagérée, il n'y a pas de signe de non organicité selon Waddell.

La lecture du dossier radiologique, montre une fusion post-opératoire des vertèbres L5 et S1, le matériel de spondylodèse en place ; l'étage sus-jacent L4-L5 est normal. Il existe une discarthrose modérée en L2-L3 et L1-L2 ainsi que des troubles dégénératifs postérieurs. La dernière IRM du 23.03.2009, montre une protrusion avec une composante foraminale G en L2-L3, il n'y a pas de récurrence de hernie discale visible.

L'IRM cervicale de 2000 et 2007 montre une minime cavité syringomyélique en C6-7, stable entre les deux examens ; il n'y a pas d'œdème au niveau de la moelle épinière. La dernière IRM cervicale montre une protrusion discale simple en C3-C4. L'IRM cérébrale de 2007 est sans particularité, sans anomalie du parenchyme, sans dilatation des ventricules.

Les limitations fonctionnelles

Rachis lombaire : pas de mouvement répété de flexion/extension, pas d'attitude en porte-à-faux, pas de port de charges au-delà de 10 kg, pas de position statique debout au-delà de 30 minutes, assis au-delà de 1 heure.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

En se basant sur l'atteinte à la santé retenue comme incapacitante, c'est-à-dire la pathologie lombaire, nous retenons une incapacité de travail de ce taux depuis le 04.03.2009, date du blocage aigu, confirmée par le Dr U._____. Auparavant, l'incapacité de travail du 16.02.2009 est à mettre en relation avec une hospitalisation à [...] pour une dépendance à l'alcool, retenue comme non incapacitante.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Incapacité de travail de 100% du 04.03.2009 au 30.05.2009, puis 50% depuis le 01.06.2009 et 70% depuis juillet 2009. Nous retenons une incapacité de travail persistante de 30% depuis cette date, en relation avec la pathologie lombaire conséquente.

L'examen de ce jour montre que l'assuré garde un syndrome rachidien, nous avons un doute quant à la persistance d'une sciatalgie irritative, l'assuré doit quasiment quotidiennement prendre un traitement anti-inflammatoire et un contre-douleur. Le descriptif de la vie quotidienne, montre que lorsque l'assuré rentre à domicile, il doit se reposer 1 à 2 heures avant de poursuivre ses activités.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE D'EMPLOYÉ À L._____, GESTION DES HORAIRES : 70%

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 70%

DEPUIS : JUILLET 2009"

Dans un rapport du 8 décembre 2009, la Dresse P._____, du SMR, a retenu une atteinte principale à la santé sous forme de lombosciatalgies droites avec déficit sensitif S1. Elle a fait mention d'une incapacité de travail totale du 4 mars 2009 au 30 mai 2009, de 50% du 1^{er} juin 2009 à juillet 2009 et de 30% dès juillet 2009. Elle a en outre considéré que la capacité de travail exigible était de 70% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée - étant précisé que l'activité habituelle consistait en une activité d'employé de bureau, physiquement légère, avec une alternance des positions au gré de l'assuré.

Par décision du 8 mars 2010 intitulée « *[p]as de droit à des mesures professionnelles* », confirmant un projet du 26 janvier 2010, l'OAI a indiqué que le droit à des mesures professionnelles et à une rente avait été examiné et que, selon ses constatations, l'assuré présentait un degré d'invalidité de 30% inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à la rente.

C. Le 11 août 2011 l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI, invoquant une diminution de l'acuité visuelle depuis le 6 avril 2011 et précisant que des investigations étaient actuellement en cours, ce problème pouvant « *être lié aux 3 ACT (attaques cérébrales transitoires) et les atteintes à la colonne vertébrale, ainsi qu'à une syringom[y]élie* ».

Dans un courrier du 12 août 2011 destiné à l'OAI, une gestionnaire santé de L._____ a précisé que l'assuré avait pu être réintégré dans sa fonction de spécialiste à la répartition à [...] à 70% dès le 1^{er} février 2010 mais que depuis le 6 avril 2011, il n'était plus en mesure d'effectuer son activité contractuelle pour des problèmes de diminution de son acuité visuelle.

Aux termes d'un rapport du 29 août 2011, le Dr G._____, médecin généraliste traitant depuis le 22 mars 2011, a posé les diagnostics suivants ayant un impact sur la capacité de travail :

- Suspicion de troubles neuropsychologiques ;
- Troubles visuels et céphalées d'origine peu claire (sans explication ophtalmologique) ;
- Syndrome lombovertébral et status post cure hernie discale ;
- Glaucome traité ;
- Syringomyélie ;
- Hypertension artérielle traitée ;
- Diabète II débutant ;
- Hypercholestérolémie traitée ;
- Status après syndrome de dépendance à l'alcool.

Selon le Dr G._____, l'activité exercée n'était plus exigible, l'incapacité de travail étant totale et définitive dès le 6 avril 2011. S'agissant des restrictions existantes, ce médecin a évoqué une perte de concentration et une vision trouble après une heure d'ordinateur. Il a en outre demandé une évaluation neuropsychologique au Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier W._____. Différents comptes-rendus étaient annexés à ce rapport, dont les pièces suivantes :

- le constat susmentionné du Dr U._____ du 13 mai 2009 ;
- un rapport établi le 27 juillet 2009 par le Dr AA._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, estimant que si l'on ne pouvait nier l'origine organique des lombalgies, on constatait également des troubles comportementaux (somatoformes douloureux) non négligeables, la capacité de travail étant évaluée à 70-75% dans une activité adaptée ;
- un rapport du 3 mars 2011 du Dr V._____, médecin adjoint à l'Hôpital C._____, à l'attention du Dr S._____, ophtalmologue, dont on extrait ce qui suit :

"M. B. _____ présente donc une diminution progressive de l'acuité visuelle des deux yeux, avec une dyschromatopsie acquise légère (en 1994 j'avais examiné ce patient et il n'y avait pas d'anomalie au test d'Ishihara), mais sans aucune atteinte du champ visuel. Tous les examens paracliniques que j'ai effectués sont dans les limites de la normale, sauf peut-être pour l'épaisseur des fibres nerveuses péripapillaires qui est à la limite inférieure de la norme ddc.

Il n'y a donc aucune maculopathie occulte, il n'y a pas de neuropathie optique nette, il n'y a pas de syndrome chiasmatique ou rétrochiasmatique. Je retiendrais deux possibilités pour expliquer cette diminution progressive de la vision : une neuropathie optique toxicocarentielle (tabagisme chronique) ou éventuellement une atteinte inflammatoire/démyélinisante (éventuelle maladie de type sclérose en plaques de forme primaire progressive). J'ai effectué aujourd'hui une prise de sang afin de doser les vitamines du groupe B et, si ce résultat est normal, je proposerais qu'une IRM cérébrale soit effectuée, afin de pratiquer une imagerie détaillée des nerfs optiques (foyer inflammatoire/démyélinisant) et aussi pour examiner de manière détaillée le cortex pariéto-occipital (atrophie ?)."

- un rapport du 7 avril 2011 établi par les Drs A. _____ et E. _____, radiologues, consécutivement à une imagerie par résonance magnétique (IRM) orbitaire ayant mis en lumière ce qui suit :

"Conclusions

Pas de lésion orbitaire ni des voies optiques mise en évidence. Découverte fortuite d'une lésion kystique latéro-sellaire dont l'aspect suggère en première hypothèse un kyste hypophysaire. Un kyste arachnoïdien développé aux dépens de la citerne supra-sellaire est une deuxième possibilité. Un adénome hypophysaire purement kystique apparaît moins probable."

Par envoi du 1^{er} septembre 2011, le Dr M. _____ a envoyé divers documents médicaux à l'OAI, dont les comptes-rendus suivants :

- un compte-rendu adressé le 22 août 2011 par le Dr S. _____ au Dr M. _____, exposant en particulier ce qui suit :

"Monsieur B. _____ est suivi chez moi depuis février 2010 après avoir subi six opérations de sa colonne vertébrale et présenté trois ischémies cérébrales transitoires. Il a été suivi pour un glaucome bilatéral découvert heureusement précocement avec une papille encore normale et un champ visuel normal. Ce glaucome est bien équilibré par un traitement conservateur.

En septembre 2010, Monsieur B. _____ est revenu me voir se plaignant de troubles visuels variables essentiellement à distance et

qui ont rapidement augmenté au point que lui-même a renoncé à conduire ne retrouvant plus ses points de repères.

Objectivement, le status oculaire est resté sans changement. Je l'ai ensuite adressé au Dr V._____, neuro-ophtalmologue à [...] pour rechercher une éventuelle composante cérébrale.

Comme vous pouvez le lire sur la copie de son rapport, notre confrère pense que Monsieur X._____ présente effectivement un problème cérébral de type Alzheimer qui se manifeste par des troubles visuels.

Un[e] IRM cérébral[e] et orbitaire n'a pas permis de mettre en évidence des lésions sur les voies visuelles si bien que la présomption de maladie d'Alzheimer avec composante visuelle prédomine actuellement la situation clinique.

J'avais proposé à son médecin traitant, le Dr G._____ d' [...], de faire un examen neuropsychologique pour vérifier ce diagnostic. Je n'ai jusqu'ici pas reçu de rapport.

Quant à la capacité de travail, [i]l [ne] me semble pas envisageable actuellement que ce patient reprenne son activité professionnelle. Si le diagnostic d'atteinte dégénérative cérébrale se confirmait, on devra malheureusement envisager une invalidité permanente."

- un rapport du Dr G._____ du 30 août 2011 destiné au Dr M._____, exposant que, depuis fin 2010, l'assuré souffrait de douleurs non contrôlables au niveau de la tête accompagnées de troubles visuels rendant son travail impossible à l'écran d'un ordinateur, qu'étaient venus s'y ajouter des troubles d'élocution et de la mémoire et que diverses investigations à l'Hôpital C._____ n'avaient pas permis de mettre en évidence une pathologie intracérébrale oculaire, la suspicion d'une atteinte neuropsychologique étant évoquée. Dans l'état actuel de la situation, le Dr G._____ indiquait ne pas pouvoir imaginer une reprise d'activité dans la mesure où, en début d'année, l'assuré n'était efficace que deux heures puis ne voyait pas très bien son écran d'ordinateur. De l'avis de ce médecin, il y avait donc lieu d'attendre la conclusion du rapport neuropsychologique afin de se déterminer de manière définitive.

A teneur d'un rapport du 27 septembre 2011, la Prof. D._____, chef du Service de neuropsychologie et de neuro-réhabilitation du Centre hospitalier W._____, a mentionné des diagnostics incapacitants sous forme de fléchissement exécutif, de léger ralentissement et de difficulté attentionnelles (se référant à une

évaluation neuropsychologique du 5 septembre 2011), ayant déjà été observés lors d'un examen neuropsychologique du 28 mars 2007. La Prof. D._____ a relevé que l'évaluation pratiquée en septembre 2011 mettait en évidence une légère amélioration par rapport à l'évaluation du 26 mars 2007. Elle a souligné que les troubles neuropsychologiques n'avaient qu'une relativement petite influence sur la capacité de travail et que l'activité exercée était encore exigible. Elle a ajouté qu'il n'y avait pas d'indication à une réadaptation professionnelle du point de vue neuropsychologique, mais que les difficultés de cet ordre pouvaient limiter une réorientation professionnelle nécessitant l'acquisition de nouvelles données. A ce compte-rendu était annexé un rapport établi le 7 septembre 2011 par la Prof. D._____ et F._____, psychologue assistante, comportant les conclusions suivantes (signées quant à elles par Z._____, psychologue adjointe et spécialiste en neuropsychologie FSP) :

"Ce nouvel examen neuropsychologique met en évidence, comparativement au précédent bilan, une amélioration (une normalisation aux épreuves continues, de discrets progrès à une tâche d'agilité verbale), l'apparition d'un léger manque du mot en spontané, d'un léger déficit à l'évocation libre différée d'un matériel verbal, se normalisant en présence des indices, de persévérations à la fluence figurale et de discrètes fluctuations attentionnelles. A relever des signes probables de la lignée anxio-dépressive à une échelle spécifique.

Le reste du tableau se situe globalement dans la norme (langage, calcul, praxies, gnosies, mémoire à court terme, mémoire antérograde visuo-spatiale, fonctions exécutives, capacités de jugement sur du matériel non complexe).

Sur le plan strictement neuropsychologique, une reprise professionnelle progressive est envisageable.

A disposition pour un contrôle ambulatoire ultérieur.

DC : Persistance d'un léger ralentissement. Légers déficits d'inhibition, à l'évocation libre différée d'un matériel verbal, de l'accès lexical et discrètes fluctuations attentionnelles. Signes probables de la lignée anxio-dépressive. Troubles visuels s'aggravant en cour de journée, et en cours d'investigation."

Par avis médical du 20 octobre 2011, les Drs H._____ et Q._____, du SMR, ont constaté que, dans son rapport du 20 août 2011, le Dr G._____ avait exclu une cause ophtalmologique en relation avec la

baisse de l'acuité visuelle ; à cela s'ajoutait que l'IRM cérébrale était normale et que les autres diagnostics en particulier rhumatologiques étaient déjà connus. Quant à l'examen neuropsychologique, les médecins du SMR ont relevé que, selon la Prof. D._____, il était superposable à celui précédemment réalisé et mettait en évidence une légère amélioration sur ce plan. Cela étant, les Drs H._____ et Q._____ ont retenu que le rapport médical du Dr G._____ ne témoignait pas d'un changement notable de l'état de santé de l'assuré et que la situation demeurait donc inchangée depuis la dernière décision.

Invité à fournir des renseignements complémentaires, le Dr G._____ a exposé, dans un compte-rendu du 18 février 2012, que l'assuré était actuellement abstinent de tabac et d'alcool et qu'il n'y avait aucune évolution de la capacité de travail. Parmi les pièces annexées à ce rapport, figuraient notamment les documents suivants :

- un rapport consécutif à une IRM cervicale du 27 octobre 2011, aux termes duquel le Dr K._____, radiologue, concluait à une hydromyélie en C6-C7 stable et inchangée par rapport à un précédent examen en 2000 ;

- un rapport du 2 décembre 2011 du Dr N._____, neurologue, expliquant que l'hydromyélie cervicale ne s'était absolument pas modifiée depuis l'examen précédent des années nonante, qu'un bilan effectué notamment à la recherche d'une origine toxique ou carencielle de la neuropathie optique s'était avéré parfaitement négatif, et que la neuropathie optique avait toutes les probabilités d'avoir une origine toxique alcool-tabagique, l'une des causes les plus fréquentes de neuropathie optique.

En date du 25 mars 2012, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de reclassement et de rente d'invalidité. Dans sa motivation, l'office a retenu que l'état de santé de l'intéressé était superposable à celui existant lors de la précédente décision de refus du 8 mars 2010, laquelle devait donc être confirmée.

Par écriture du 11 avril 2012, l'assuré a objecté au projet précité, se prévalant de la problématique visuelle dont il souffrait depuis l'automne 2010 et qui occasionnait un arrêt de travail à 100% depuis le 6 avril 2011.

Le 18 avril 2012 le Dr S._____ a informé l'OAI qu'il n'avait plus revu l'assuré depuis mars 2011.

Dans un rapport du 3 octobre 2012, le Dr N._____ a signalé les atteintes avec impact sur la capacité de travail de syringomyélie de niveau C6-C7 depuis 1992, d'état dépressif depuis « 2010 ? », d'alcoolisme, de troubles visuels (glaucome et possible neuropathie visuelle toxique) depuis 2011 et de douleurs lombaires sur spondylodèse L4-S1 depuis 1995. Il a ajouté ne plus avoir revu l'assuré depuis l'automne 2011 et ignorer quelle était l'évolution.

Interpellé par l'OAI, le Dr Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a fait part de ses observations dans un rapport du 7 février 2013 (dont une seconde version - à la teneur identique mais portant la date du 8 février 2013 - a été transmise ultérieurement). Il a précisé qu'il suivait l'assuré depuis le 6 septembre 2012, celui-ci lui ayant été adressé à la suite d'un tentamen par veinosection le 16 août 2012 et après une prise en charge d'un mois par le Centre de psychiatrie R._____ (Unité Urgences-Crise). A titre de diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail, le Dr Y._____ a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode dépressif actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2), un syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent sous Antabuse (F10.23), un syndrome douloureux persistant dû à des problèmes de hernie discale et une baisse de la vue d'origine toxique. Il a estimé que le pronostic était favorable au niveau psychiatrique, mais que cela dépendait surtout de la présence ou non du tableau algique. Le Dr Y._____ a par ailleurs indiqué que les restrictions étaient surtout d'ordre somatique, l'impact psychiatrique étant moins important. Ainsi, l'évolution de la capacité de travail était surtout fonction

des douleurs de l'assuré. Concernant plus précisément les restrictions psychiques, le psychiatre a cité la fatigabilité, une baisse de l'endurance, ainsi que des angoisses relatives à l'avenir de l'assuré sur le plan algique. Il a considéré que l'activité exercée demeurerait exigible, sans indiquer à quel taux, mentionnant en revanche une baisse de rendement de 10% d'origine psychiatrique. Enfin, le Dr Y._____ a observé que si l'amélioration du syndrome douloureux se maintenait dans le temps, une reprise de l'activité professionnelle lui semblait possible à 50% dès le 1^{er} avril 2013.

Le 14 mars 2013, le Dr M._____ a écrit à la gestionnaire de santé en charge du dossier de l'assuré à L._____ pour confirmer l'inaptitude définitive de l'intéressé dans l'exercice de sa fonction de spécialiste. Cela étant, lors d'un entretien du 22 mars 2013, il a été convenu de la résiliation des rapports de travail pour fin avril 2013, avec versement d'une rente par la Caisse de pensions de L._____ en faveur de l'assuré à compter du 1^{er} mai 2013.

L'assuré a fait l'objet d'un examen clinique psychiatrique au SMR le 31 mai 2013, effectué par la Dresse I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Cette dernière a notamment observé ce qui suit dans son rapport du 4 juin 2013 :

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion durable sur la capacité de travail

- **TROUBLE DÉPRESSIF RÉCURRENT, EN RÉMISSION F33.4**

- sans répercussion sur la capacité de travail

- **TROUBLES MENTAUX ET TROUBLES DU COMPORTEMENT LIÉS À L'UTILISATION D'ALCOOL, ACTUELLEMENT ABSTINENT, MAIS PREND DES MÉDICAMENTS AVERSIFS OU BLOQUANTS F10.23.**

APPRÉCIATION DU CAS

Suite à une aggravation sur le plan psychiatrique, depuis le 6.09.2012, l'assuré bénéficie d'une prise en charge ambulatoire auprès du Dr Y._____, psychiatre FMH qui, dans son rapport médical du 7.02.2013, retient les diagnostics de : trouble dépressif récurrent, épisode dépressif actuel sévère, sans symptômes psychotiques, syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement

abstinent sous Antabuse®, syndrome douloureux persistant dû à ses problèmes de hernies discales, baisse de la vue d'origine toxique et, selon le psychiatre, « *malgré une bonne amélioration sur le plan psychiatrique, le patient nécessite une prise en charge à long terme, surtout si les traitements antalgiques n'aboutissent pas* [»]. Le médecin atteste que « *le problème est avant tout somatique, l'impact des mesures psychiatriques étant un meilleur accompagnement dans la reprise du travail si amélioration somatique* ». Au point 1.11, le médecin ajoute « *le problème de ce patient est avant tout des douleurs insupportables dues à des hernies discales multi-étagées et complexes. Le pronostic, quant à la reprise de travail dépend surtout du traitement antalgique* ».

A l'examen clinique de ce jour, nous avons constaté une amélioration de la symptomatologie anxio-dépressive et nous avons retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent en rémission, qui n'a plus d'incidence sur la capacité de travail.

Le trouble dépressif récurrent est caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, correspondant à la description d'un épisode dépressif léger, moyen ou sévère, en l'absence de tout antécédent d'épisode indépendant d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'activité répondant aux critères d'une manie.

Le diagnostic de trouble dépressif récurrent en rémission repose sur les éléments suivants :

- Le trouble a répondu aux critères d'un trouble dépressif récurrent dans le passé, mais l'état actuel ne répond pas aux critères d'un épisode dépressif ni à ceux d'un autre trouble dépressif.
- Présence, dans le passé, d'au moins 2 épisodes dépressifs, ayant persisté au moins 2 semaines et ayant été séparés par un intervalle d'au moins plusieurs mois sans perturbation significative de l'humeur.

Depuis l'âge de 15-16 ans, l'assuré débute une consommation d'alcool, qui s'aggrave progressivement, surtout à partir de l'âge de 30 ans, dans le cadre d'un alcoolisme chronique primaire car il n'est pas la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mental[e] engendrant une invalidité et n'est pas non plus à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale importante et durable, comme une lésion cérébrale organique ou neurologique ou une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif.

L'examen neuropsychologique, effectué le 5.09.2011 par le Prof. D._____, chef du Service de neuropsychologie et de neuro-réhabilitation du Centre hospitalier W._____, conclut « que sur le plan strictement neuropsychologique, une reprise professionnelle progressive est envisageable ».

Nous avons retenu le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinent, mais prend des médicaments aversifs ou bloquants, qui ne

représente pas une pathologie psychiatrique à caractère incapacitant.

- L'arrêt de la consommation d'alcool a été suivi d'une amélioration de la symptomatologie anxio-dépressive.

En conclusion, sur le plan purement psychiatrique, l'état de l'assuré est stabilisé.

Cependant, en tenant compte d'une certaine fragilité psychologique et d'une diminution des ressources d'adaptation aux changements, la capacité de travail exigible est de 70 % dans toute activité et sans diminution du rendement.

Limitations fonctionnelles psychiatriques

Fragilité psychologique, diminution de ressources d'adaptation aux changements.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Sur le plan psychiatrique, nous reconnaissons une incapacité de travail à 100 % depuis début septembre 2012, en raison d'un épisode dépressif sévère et ceci jusqu'au début février 2013, date de l'amélioration de son état.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Sur le plan purement psychiatrique, l'assuré présente une capacité de travail exigible de 70 % dans toute activité et ceci depuis février 2013.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 70%

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 70%

DEPUIS : FÉVRIER 2013"

Dans un avis du 11 juin 2013, le Dr H. _____ s'est rallié à l'analyse de la Dresse I. _____, lui attribuant une pleine valeur probante.

D'une fiche d'examen du dossier de l'OAI du 14 juin 2013, on extrait notamment ce qui suit :

"Une IT totale est reconnue de septembre 2010 (6.09.2012) à début février 2013 (7.2.13).

Etant donné que le degré d'invalidité est de 30%, ces 6 mois imposent un calcul d'invalidité moyenne

3 mois après l'aggravation, soit en décembre 2012, l'assuré présentait une incapacité de gain moyenne de 48% (3 mois à 100 et 9 mois à 30). Cela ouvrait le droit à un quart de rente

3 mois après le début du droit (9.12.2012), soit au 9 mars 2013 l'assuré a droit à une rente entière pour un degré de 100%

La rente est supprimée trois mois après le 7.2.2013, soit au 30.05.2013."

A teneur d'un projet d'acceptation de rente du 5 juillet 2013, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer, du 1^{er} décembre 2012 au 28 février 2013, le droit à un quart de rente puis, dès le 1^{er} mars 2013, le droit à une rente entière, cette prestation étant supprimée au 30 mai 2013. L'office a en particulier souligné qu'un degré d'invalidité de 30% avait été reconnu dans le cadre de la précédente demande de prestation et que, selon l'examen clinique psychiatrique effectué le 31 mai 2013 sous l'égide du SMR, l'assuré avait présenté une incapacité de travail et de gain entière dans toute activité professionnelle du 6 septembre 2012 jusqu'à fin [sic] février 2013. Pour l'OAI, il en résultait une invalidité moyenne de 48% au 6 décembre 2012, donnant droit à un quart de rente dès cette date, avec passage à une rente entière d'invalidité trois mois après le début du droit. L'état de santé de l'intéressé s'étant ensuite amélioré dès le 7 février 2013, devenant superposable à celui présenté à l'époque de la décision du 8 mars 2010, le degré d'invalidité présenté était dès lors de 30%.

L'assuré, sous la plume du Service spécialisé Assurances sociales de L._____, a contesté ce projet par acte du 20 septembre 2013, demandant l'allocation d'un quart de rente dès le 1^{er} avril 2012, puis d'une rente entière à compter du 1^{er} décembre 2012. En substance, il a rappelé qu'il présentait une incapacité de travail médicalement attestée depuis le 6 avril 2011 et s'est prévalu des différents avis médicaux émis depuis lors quant à la poursuite de cette incapacité (en particulier celui du Dr G._____ du 20 [recte : 29] août 2011 selon lequel l'incapacité de travail était totale et définitive dès le 6 avril 2011, avec une perte de concentration et une vision trouble après une heure d'ordinateur), rappelant par ailleurs que les rapports de travail avec son employeur avaient été résiliés eu égard à son inaptitude médicale à poursuivre son

activité. Il a ajouté que l'appréciation du SMR était limitée au domaine psychiatrique et que, dans le projet de décision, l'OAI n'avait pas tenu compte des problèmes dont il était affecté au niveau du dos et de la vue. Sous un autre angle, il a souligné qu'il était en incapacité depuis le 6 avril 2011, que la nouvelle demande avait été déposée le 11 août 2011 et que le droit à la rente devait par conséquent prendre naissance en avril 2012, soit après l'écoulement du délai d'attente légal d'une année. Enfin, pour le cas où ses conclusions ne seraient pas suivies, il a argué qu'il y aurait lieu d'investiguer ses troubles dorsaux et visuels.

Par avis du 11 octobre 2013, les Drs H._____ et O._____, du SMR, ont déclaré s'en tenir au dernier rapport de ce service. Concernant plus particulièrement l'atteinte du rachis, ils ont renvoyé à l'examen rhumatologique SMR du 2 novembre 2009 concluant à une capacité de travail de 70%. S'agissant en outre de l'affection visuelle, ils ont estimé sur le vu du dossier que celle-ci n'avait pas de cause ophtalmologique. Quant à l'alcoolisme, les Drs H._____ et O._____ se sont référés à l'examen de la Dresse I._____ considérant qu'il s'agissait d'un alcoolisme primaire ; ils ont ajouté qu'un arrêt de la consommation n'aurait aucun rapport avec les problèmes de vue et de concentration.

Le 24 mars 2014, l'OAI a écrit qui suit à l'assuré :

"Le litige porte essentiellement sur l'aspect médical du dossier.

Pour rappel, en date du 8 mars 2010 un refus de rente et de mesure d'ordre professionnel vous a été notifié. En effet, en dépit de votre atteinte à la santé, une reprise de travail à 70% dans votre activité habituelle était médicalement exigible. Cette capacité de travail résiduelle a été déterminée sur la base d'un examen clinique rhumatologique et de médecin physique-rééducation effectué par notre Service Médical Régional (SMR) en date du 2 novembre 2009. Cette décision, non contestée est entrée en force.

Une nouvelle demande a été déposée le 16 août 2011, suite à une aggravation de votre état de santé, notamment au niveau ophtalmologique.

Des pièces au dossier, il ressort que dans les faits, vous avez pu reprendre votre activité habituelle auprès de L._____ à un taux de 70% ceci depuis le mois de février 2010. Depuis le 6 juin 2011, vous avez été mis au bénéfice d'une incapacité totale de travail en raison essentiellement de problèmes ophtalmologiques. Les diverses

investigations n'ont cependant pas permis de mettre en évidence de pathologie intracérébrale ou oculaire.

Le Dr G. _____ dans son avis du 20 août 2011 excluait une cause ophtalmologique. L'IRM cérébrale était par ailleurs normale.

La suspicion d'une atteinte neuropsychologique étant évoquée, une investigation neuropsychologique a été effectuée au Centre hospitalier W. _____ en date du 6 septembre 2011. Des conclusions du neuropsychologue, il ressort que l'activité exercée est encore exigible. Par rapport à l'évaluation effectuée en 2007, il est même noté une légère amélioration.

Il est également indiqué que les troubles neuropsychologiques n'ont qu'une relativement petite influence sur la capacité de travail.

Nous relevons également que vous avez fait l'objet d'une expertise psychiatrique auprès du SMR en date du 31 mai 2013. Vous avez en effet, selon votre psychiatre traitant présenté un épisode dépressif récurrent. Ce dernier insiste dans son rapport de février 2013 sur la bonne évolution de ce point de vue. Il indique que l'incapacité de travail relèverait des causes somatiques, ophtalmiques et d'un syndrome douloureux somatique.

Des conclusions du SMR, il ressort que nous pouvons admettre pour des raisons psychiatriques, une IT totale depuis le mois de septembre 2012 au mois de février 2013.

Cependant, comme relevé ci-dessus, au vu de l'absence de problème ophtalmique, neuropsychologique et somatique, force est de constater que votre capacité de travail depuis le mois de février 2013 est toujours de 70%.

Au vu de tout ce qui précède, c'est à bon droit qu'une rente limitée dans le temps vous a été accordée. Les éléments apportés dans la contestation n'étant pas de nature à modifier notre position, nous sommes dans l'obligation de la confirmer. Vous recevrez prochaine de la caisse de compensation la décision formelle conforme au projet litigieux, décision contre laquelle il vous sera naturellement loisible de recourir."

Par deux décisions datées du 24 avril 2014, l'office a alloué à l'assuré un quart de rente d'invalidité du 1^{er} décembre 2012 au 28 février 2013, puis une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars 2013 au 30 mai 2013, pour les motifs invoqués dans son projet de décision du 5 juillet 2013.

D. Agissant par l'entremise de son conseil, B. _____ a recouru le 16 mai 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre des décisions précitées, concluant à leur annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2012. En substance, le recourant reprend l'argumentation développée dans son

opposition du 20 septembre 2013 - invoquant de surcroît l'implantation en vain d'un neurostimulateur le 17 décembre 2012, ce système ayant été finalement retiré le 10 mars 2014, et se prévalant en outre d'une baisse de son acuité visuelle en mars 2013, nécessitant une adaptation de sa médication (collyre). Relevant de surcroît qu'une incapacité totale de travail a été attestée en continu depuis le 6 avril 2011, il estime dans ces conditions pouvoir prétendre à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} avril 2012.

Par réponse du 7 août 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Répliquant le 11 septembre 2014, le recourant a maintenu sa position.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et

contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'AI, à la suite de la nouvelle demande qu'il a déposée le 11 août 2011.

Plus précisément, le recourant estime avoir droit à une rente entière d'invalidité depuis le 9 avril 2012, en lieu et place du quart de rente alloué par l'intimé du 1^{er} décembre 2012 au 28 février 2013, suivi d'une rente entière du 1^{er} mars au 30 mai 2013.

3. 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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 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 (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie 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 (cf. art. 6 LPGA).

b) Selon 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA ; cf. ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c *in fine* et 102 V 165 ; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

4. a) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ;

RS 831.201]), il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. L'administration doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré ; en cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen (cf. ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). Dans ce contexte, les autorités doivent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2 et 130 V 64 consid. 2) – disposition qui prévoit que, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence ou encore supprimée (al. 1). Autrement dit, il incombe aux autorités d'examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (cf. ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; cf. TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1).

b) Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif – comme c'est le cas en l'espèce –, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a RAI (cf. ATF 131 V 164 consid. 2.2 et 125 V 413 consid. 2d ; cf. TF 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1 avec les références). Cette disposition réglementaire énonce que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption

notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable ; l'art. 29^{bis} RAI est toutefois applicable par analogie (al. 2).

5. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

b) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (cf. ATF 134 V 231 et 125 V 351 consid. 3). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en

raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; cf. TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (cf. ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (cf. TF 9C_355/2014 du 2 décembre 2014 consid. 4.2 et 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; cf. également consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254 [TF 9C_204/2009 du 6 juillet 2009]). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; cf. TF 9C_500/2011 précité loc. cit., 9C_28/2011 précité loc. cit. et 9C_745/2010 précité loc. cit.).

6. a) En l'espèce, après avoir déposé une première demande de prestations AI le 2 octobre 1995 liée à une affection dorsale, procédure ayant abouti à l'octroi d'une rente d'invalidité entre le 1^{er} novembre 1995 et le 30 juin 1998, l'assuré a déposé une deuxième demande le 15 mai 2009, toujours pour des problèmes de dos - demande qui s'est toutefois soldée par une décision négative le 8 mars 2010. On notera ici que quand bien même l'intitulé de cette décision portait sur un refus du « *droit à des mesures professionnelles* », l'OAI y indiquait néanmoins avoir analysé tant le droit à des mesures professionnelles qu'à une rente et fondait son refus de prester sur le fait que l'assuré présentait un degré d'invalidité de 30% inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à la rente. *De facto*, la décision du 8 mars 2010 visait donc bien un refus du droit à la rente, compte tenu d'une invalidité de 30%. L'assuré ne s'est pas opposé à cette décision, qui est ainsi entrée en force. La demande de prestations du 11 août 2011, qui fait l'objet de la présente procédure, est donc la troisième déposée par l'assuré.

Cela précisé, il appert que la Cour se trouve ici en présence d'une nouvelle demande de prestations sur laquelle l'intimé est entré en matière, de sorte qu'il convient d'examiner si, par analogie à l'art. 17 LPGA, l'état de santé du recourant s'est modifié depuis le 8 mars 2010 au point de justifier l'octroi de prestations AI, singulièrement d'une rente.

b) Pour statuer sur les prétentions de l'assuré dans le cadre de la précédente procédure AI, l'office s'est essentiellement fondé sur le rapport d'examen clinique rhumatologique et de médecine physique-rééducation du 11 novembre 2009 du Dr J. _____ du SMR (confirmé le 8 décembre 2009 par la Dresse P. _____ du SMR), retenant que l'intéressé présentait une pathologie lombaire incapacitante - soit des lombosciatalgies droites avec un déficit sensitif S1, dans un contexte de discarthrose L2-L3 et L3-L4, de cure de hernie discale L2-L3, de cures de hernie discale multiples L5-S1 avec spondylodèse à ce niveau, et de troubles dégénératifs postérieurs étagés - et qu'il en résultait une capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. Sur ce point, il ressort d'ailleurs du dossier que l'assuré a pu reprendre son activité à 70% - soit le taux préconisé par le Dr J. _____ - dès le 1^{er} février 2010 (cf. courrier du 12 août 2011 de la gestionnaire santé de L. _____ à l'OAI).

c) Dans le cadre de la présente affaire, le recourant soutient avoir droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2012. Il se fonde en particulier sur le rapport du 29 août 2011 du Dr G. _____, lequel fixe le début de l'incapacité de travail, selon lui définitive, au 6 avril 2011. L'assuré en déduit que le délai d'attente d'une année aurait ainsi expiré en avril 2012. Le recourant fait également valoir que sa demande du 11 août 2011 était motivée non seulement par la diminution de son acuité visuelle, mais également par ses problèmes de dos et par la syringomyélie (cf. mémoire de recours du 16 mai 2014 pp 2 et 4 ss).

aa) D'emblée, il y a lieu de relever le caractère erroné de cette dernière assertion. De fait, le formulaire de demande de prestations complété le 11 août 2011 mentionne, sous rubrique 6.2 « *Précision sur le*

genre d'atteinte à la santé », une diminution de l'acuité visuelle, problème en cours d'investigation et qui - selon les termes employés par l'intéressé - aurait pu « être lié aux 3 ACT (*attaques cérébrales transitoires*) et les atteintes à la colonne vertébrale, ainsi qu'à une syringom[y]élie » (cf. formulaire précité ch. 6.2 p. 6). Autrement dit, la demande du 11 août 2011 était exclusivement motivée par la perte de vision, les autres atteintes évoquées n'ayant été signalées qu'à titre de causes possibles.

bb) Cela dit, on notera sur le plan somatique que, dans son rapport du 29 août 2011, le Dr G. _____ a indiqué, comme restrictions physiques, une perte de concentration et une vision trouble après une heure d'ordinateur. Il n'a pas fait mention des douleurs dorsales. S'il a certes annexé à son compte-rendu des rapports relatifs aux problèmes dorsaux du recourant (cf. rapports des Drs U. _____ [13 mai 2009] et AA. _____ [27 juillet 2009]), ces rapports sont néanmoins antérieurs à la précédente décision du 8 mars 2010 et ne sont donc pas pertinents pour statuer sur la nouvelle demande introduite le 11 août 2011 ; tout au plus relèvera-t-on à ce sujet, à titre superfétatoire, que si le Dr AA. _____ évoquait en juillet 2009 des troubles comportementaux (somatoformes douloureux) non négligeables, ceux-ci n'ont en définitive pas été retenus par le Dr J. _____ quelque quatre mois plus tard, le Dr AA. _____ ayant du reste évalué la capacité de travail entre 70 et 75% dans une activité adaptée, soit une appréciation tout à fait compatible avec celle du Dr J. _____. A cela s'ajoute que, dans sa lettre du 12 août 2011, la gestionnaire santé de L. _____ n'a pas mentionné les troubles dorsaux comme étant la cause de la nouvelle incapacité de travail du recourant depuis le 6 avril 2011 ; elle n'a fait état que de la diminution de l'acuité visuelle. La pose d'un neurostimulateur en décembre 2012 puis son retrait en mars 2014 - certes allégués par le recourant (cf. mémoire de recours du 16 mai 2014 p. 4 s.), mais dont on ne trouve toutefois aucun indice concret au dossier - ne démontrent aucunement, quant à eux, que la situation n'était pas stabilisée auparavant ou se serait dégradée, mais témoignent simplement de l'échec d'un moyen thérapeutique mis en œuvre en vue d'alléger les douleurs du recourant qui, elles, n'ont rien de nouveau. Cela étant, on ne décèle au final aucun élément au dossier

venant établir une aggravation de l'état de santé tant rhumatologique qu'orthopédique du recourant depuis la dernière décision de l'office du 8 mars 2010. Force est dès lors de constater qu'à cet égard, il n'y a pas de modification notable de la situation.

Quant à la syringomyélie, il y a lieu de relever que le Dr G._____ n'a pas non plus mentionné de restrictions en lien avec cette affection (cf. rapport du 29 août 2011). Pour sa part, le Dr N._____ a évoqué une hydromyélie sans modification depuis les années nonante (cf. rapport du 2 décembre 2011), respectivement une syringomyélie de niveau C6-C7 depuis 1992 (cf. rapport du 3 octobre 2012). Quoi qu'il en soit, il est ressorti de l'IRM cervicale du 27 octobre 2011 que cette pathologie était stable et inchangée par rapport à un précédent examen réalisé en 2000, ce qu'à en définitive confirmé le Dr N._____ dans son rapport du 2 décembre 2011. Là aussi, il n'y a par conséquent pas de changement significatif dans l'état de santé du recourant.

S'agissant enfin de la diminution de l'acuité visuelle, on notera que le Dr S._____ a signalé qu'objectivement le status oculaire était sans changement (cf. rapport du 22 août 2011). Les examens pratiqués n'ont en outre pas démontré de lésions (cf. notamment rapport d'IRM oculaire du 7 avril 2011), faisant suspecter une atteinte de type Alzheimer. Un examen neuropsychologique a donc été effectué en septembre 2011, mettant en évidence une amélioration par rapport à un précédent bilan de mars 2007 (cf. rapport de la Prof. D._____ du 27 septembre 2011). De tels éléments plaident donc à l'encontre d'une aggravation de la situation depuis le précédent refus de prestations. Bien plus, il est apparu dans ce contexte que les troubles neuropsychologiques n'avaient qu'une relativement petite influence sur la capacité de travail et que l'activité exercée était encore exigible (cf. *ibid.*). Quant à la diminution de l'acuité visuelle qui serait intervenue en mars 2013 et aurait nécessité un traitement par collyre (cf. mémoire de recours du 16 mai 2014 p. 5), force est de constater que le recourant se prévaut de cette évolution sans l'établir et qu'en tout état de cause, il indique lui-même qu'une médication adaptée a pu être introduite ; par surabondance, il y a lieu de noter que

les assertions du recourant sont d'autant moins convaincantes que l'on peine à comprendre qu'une diminution de l'acuité visuelle suffisamment grave pour influencer sur la capacité de travail puisse être traitée par un simple collyre. Sur ce plan également, la Cour de céans ne relève donc aucune trace d'une évolution notable depuis la décision du 8 mars 2010.

Partant, il y a lieu de conclure à l'absence de modification de l'état de santé du recourant au niveau physique, la capacité de travail exigible étant toujours de 70% sur ce plan.

cc) L'aspect psychiatrique a également été examiné dans le cadre de la nouvelle demande déposée le 11 août 2011.

A ce propos, on notera que le Dr Y._____, psychiatre traitant depuis le 6 septembre 2012, a certes évoqué des diagnostics incapacitants dans son rapport de février 2013 (trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, syndrome de dépendance à l'alcool actuellement abstinent sous Antabuse, syndrome douloureux persistant dû à des problèmes de hernie discale et une baisse de la vue d'origine toxique), évoquant en outre un tentamen le 16 août 2012, mais qu'il a néanmoins fait état d'un pronostic favorable au niveau psychiatrique. On relèvera en outre que le Dr Y._____ n'a que peu explicité son raisonnement - voire pas du tout en ce qui concerne le diagnostic de syndrome douloureux en lien des « *douleurs insupportables dues à des hernies discales multi-étagées et complexes* » (cf. rapport précité p. 3 ch. 1.11). La position de ce médecin apparaît du reste ambiguë : d'une part, il a retenu que l'activité exercée demeurerait exigible avec une baisse de rendement de 10% du point de vue psychiatrique (cf. rapport précité p. 2 ch. 1.7) et, d'autre part, il a fixé à 50% la capacité résiduelle de travail dès le 1^{er} avril 2013 (cf. *ibid.* p. 3 ch. 1.9). Cela étant, c'est donc avec circonspection que doivent être considérées les observations du Dr Y._____.

L'assuré a par ailleurs été examiné par la Dresse I._____, dont les conclusions ont été reprises par le SMR et corollairement par

l'OAI. Dans son rapport du 4 juin 2013, cette dernière dûment intégré les constatations du Dr Y._____ puisqu'elle a admis une incapacité de travail totale depuis début septembre 2012 - date du début du suivi par le psychiatre traitant - en raison d'un épisode dépressif sévère. Elle a cependant expliqué avoir constaté une amélioration notamment en raison de l'arrêt de la consommation d'alcool. Elle en a déduit que le diagnostic de trouble dépressif récurrent était actuellement en rémission et n'avait plus d'incidence sur la capacité de travail depuis début février 2013 - ce qu'il y a lieu de rapprocher de la date du rapport du Dr Y._____, soit le 7 février 2013 (cf. également fiche d'examen de l'OAI du 14 juin 2013). Elle a par ailleurs clairement exposé que les problèmes d'alcool du recourant étaient de nature primaire ; pour cette raison, ils ne peuvent donc être considérés comme incapacitant au sens de la médecine des assurances en Suisse (cf. TF 9C_123/2012 du 29 août 2012 consid. 4.2 et 4.3). Pour tenir compte d'une certaine fragilité psychologique et d'une diminution des ressources d'adaptation aux changements, la Dresse I._____ a toutefois fixé à 70% la capacité de travail exigible dans toute activité, sans diminution de rendement (cf. rapport d'examen clinique psychiatrique du 4 juin 2013 p. 6 s.). Cela étant, il appert que les conclusions de la Dresse I._____, dûment étayées et exemptes de contradictions, doivent donc l'emporter sur l'avis du psychiatre traitant.

Par ailleurs et surtout, le rapport d'examen du 4 juin 2013 est soigneusement élaboré, repose sur un examen complet du dossier médical, tient compte tant de l'anamnèse que des plaintes du recourant, et ses conclusions sont claires et dûment motivées. Il satisfait ainsi en tous points aux exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 5b supra).

Sur la base de ce qui précède, on retiendra donc avec la Dresse I._____ que l'assuré a connu une période provisoire de pleine incapacité de travail au niveau psychiatrique. Plus spécifiquement, la Dresse I._____ a fixé le début l'entière incapacité de travail à septembre 2012 (cf. rapport d'examen clinique psychiatrique du 4 juin 2013 p. 7). Or, il ressort du dossier que le recourant a fait un tentamen par veinosection

le 16 août 2012 et qu'il a ensuite été suivi durant un mois environ au Centre de psychiatrie R._____ (Unité Urgences-Crise) avant d'être adressé au Dr Y._____ au début du mois de septembre 2012 (cf. rapport du Dr Y._____ de février 2013 ch. 1.4 p. 2). Au regard de ces circonstances, il y a lieu donc de conclure à une détérioration de l'état de santé psychique du recourant depuis le 16 août 2012, et non depuis le début du suivi chez le Dr Y._____ en septembre 2012 tel que retenu par la Dresse I._____. Pour le reste, il y a en revanche lieu de se rallier à l'avis de la psychiatre du SMR reconnaissant à l'assuré une capacité de travail exigible de 70% dans toute activité depuis février 2013 d'un point de vue purement psychique.

Il convient de préciser à ce stade que lorsqu'un assuré souffre de plusieurs atteintes à la santé, le degré d'incapacité de travail résultant des divers empêchements doit faire l'objet d'une appréciation médicale globale. Il ne peut être établi en partant d'une simple addition des degrés d'incapacité de travail résultant des empêchements fonctionnels et des atteintes à la santé pris séparément (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 1218 p. 337; cf. également TF 8C_117/2009 du 30 octobre 2009 consid. 4.2 et la jurisprudence citée). Au cas d'espèce, il s'ensuit que les incapacités de travail retenues sur les plans physique et psychique ne peuvent se cumuler de quelque manière que ce soit. En effet, on ne voit pas que l'incapacité de travail de 70% en raison des limitations physiques ne puisse pas simultanément apaiser la contrainte psychique engendrée par l'exercice d'une profession adaptée (cf. dans le même sens : TFA I 846/05 du 25 mai 2006 consid. 6).

d) En conclusion, il appert que l'on peut tout au plus retenir une aggravation provisoire de l'état de santé du recourant sur le plan psychiatrique, ayant engendré une incapacité de travail de 100% entre août 2012 et février 2013. A l'exception de cette période limitée dans le temps, la capacité résiduelle de travail de l'intéressé, de 70% dans toute activité exigible, est restée inchangée.

Dans ces conditions, en tant que les décisions entreprises allouent à l'assuré un quart de rente du 1^{er} décembre 2012 au 28 février 2013 puis une rente entière du 1^{er} mars 2013 au 30 mai 2013, elles doivent être réformées en ce sens que le début du droit à un quart de rente doit être fixé au 1^{er} novembre 2012 (soit trois mois après l'aggravation survenue en août 2012 [cf. art. 88a al. 2 RAI]), avec passage à une rente entière du 1^{er} février 2013 au 30 mai 2013, soit trois mois après le 7 février 2013.

Cela dit, seul l'aspect somatique ayant été pris en considération dans le cadre des précédentes demandes de prestations AI de l'assuré (cf. consid. 6a supra), on pourrait s'interroger sur le point de savoir si l'atteinte psychique constitue un nouveau cas d'assurance (cf. TF 9C_697/2015 du 9 mai 2016 consid. 5 et 9C_294/2013 du 28 août 2013 consid. 3.1 et 4.2) et si le début du droit à la rente doit être fixé en tenant compte du délai d'attente d'une année prévu à l'art. 28 al. 1 let. b LAI et non du délai de trois mois figurant à l'art. 88a RAI. Dans cette hypothèse, considérant que la survenance du nouveau cas d'assurance aurait débuté le 16 août 2012 par une incapacité de travail totale courant jusqu'au début du mois de février 2013 (cf. consid. 6c/cc supra), soit plus précisément jusqu'au 7 février 2013, avec ensuite le retour à une capacité résiduelle de travail de 70%, il en découlerait que, quelle qu'ait été l'incapacité de travail moyenne durant le délai d'attente légal d'une année (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI), l'assuré ne présenterait plus une invalidité de 40% au moins à l'échéance de ce délai (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI) et ne pourrait en définitive pas prétendre à une rente d'invalidité.

Pour autant, on renoncera à réformer la décision attaquée au détriment du recourant. De fait, si la loi permet à l'autorité de recours de procéder à une *reformatio in pejus* (cf. art. 61 let. d LPGA ; cf. art. 89 al. 2 LPA-VD), il s'agit là d'une simple faculté (cf. ATF 119 V 241 consid. 5). L'autorité de recours dispose à cet égard d'un certain pouvoir d'appréciation dont l'exercice doit tenir compte de l'intérêt public au respect du droit objectif et du principe de la proportionnalité (cf. Benoît Bovay/Thibault Blanchard/Clémence Grisel Rapin, Procédure

administrative vaudoise, LPA-VD annotée, Bâle 2012, n°4.1 ad art. 89 LPA-VD p. 409). En l'occurrence, au regard des intérêts présence - et plus particulièrement de la période restreinte sur laquelle l'OAI a décidé d'octroyer une rente (moins d'une année) - et du principe de proportionnalité qui canalisent le pouvoir d'appréciation de la Cour, il n'y a pas lieu de faire usage d'une telle faculté.

7. a) De ce qui précède, il résulte que le recours doit être partiellement admis et les décisions attaquées réformées dans le sens des considérants.

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 de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). *In casu*, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge du recourant qui ne voit son recours que très partiellement admis, sont arrêtés à 300 francs.

N'obtenant gain de cause que dans une mesure extrêmement restreinte, le recourant ne saurait prétendre à une indemnité de dépens (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours déposé le 16 mai 2014 par B._____ est partiellement admis.

- II.** Les décisions rendues le 24 avril 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont réformées, en ce sens que B._____ a droit à un quart de rente du 1^{er} novembre 2012 au 31 janvier 2013 et à une rente entière du 1^{er} février 2013 au 30 mai 2013, la rente étant supprimée dès lors.
- III.** Les frais de justice, d'un montant de 300 fr. (trois cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- L._____, Service spécialisé Assurances sociales (pour B._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :