

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 août 2021

---

Composition : M. NEU, président  
MM. Küng et Bonard, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Albert J. Graf, avocat à Nyon,

et

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

---

**Art. 6 s., 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI ; 88a RAI**

**E n f a i t :**

**A.** V.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), naturalisé suisse, d'origine kosovare né en [...], réside en Suisse depuis [...]. Sans formation, il devient mécanicien-réparateur et carrossier, d'abord comme indépendant en 2006 puis comme salarié dès 2011 dans l'entreprise de son fils, la Carrosserie [...], à [...].

Dès le 23 septembre 2014, l'assuré s'est trouvé en incapacité de travail en raison d'un syndrome coronarien avec infarctus. Cette pathologie a nécessité la pose de plusieurs stents.

L'intéressé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 8 février 2015, invoquant une crise cardiaque au travail.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après ; l'OAI ou l'intimé) a requis des rapports médicaux auprès des Drs Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale (rapport du 27 avril 2015), B.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie (rapport du 18 mai 2015) et E.\_\_\_\_\_, spécialiste en hématologie et en oncologie (rapport du 11 décembre 2015). Il en ressortait principalement que l'assuré s'était trouvé en incapacité de travail pendant six semaines en raison d'une gastrectomie des 4/5<sup>ème</sup> par laparotomie médiane sus-ombilicale, après conversion de laparoscopie pratiquée le 29 avril 2015, visant à traiter un adénocarcinome gastrique invasif. Les suites de la gastrectomie étaient favorables, malgré la nécessité pour l'intéressé de fractionner ses prises alimentaires (rapport médical du 14 janvier 2016 établi par le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, médecin-chef à l'Hôpital de Nyon). Quant au spécialiste en cardiologie, il relevait un épisode d'incapacité de travail d'une durée d'un mois, survenu à la suite de son infarctus.

D'un point de vue professionnel, V.\_\_\_\_\_ a tenté de reprendre son activité à 50% le 2 novembre 2015. Cette tentative a pris fin le 21 novembre 2015 suite à un accident professionnel. Après une

nouvelle période d'incapacité de travail, il a essayé une seconde fois de reprendre son activité à 50 %, le 29 février 2016, échouant à cette tentative à compter du 9 mai 2016.

Dans un rapport du 30 août 2016 adressé à l'assureur-maladie perte de gain de l'intéressé ([...]), le Dr Q. \_\_\_\_\_ préconisait la mise en oeuvre d'une expertise médicale. Il était également nécessaire d'envisager une réorientation professionnelle.

Par rapport du 19 décembre 2016, le SMR, sous la plume du Dr N. \_\_\_\_\_, a opéré une première synthèse des pièces médicales à disposition. L'atteinte principale à la santé consistait en un status après gastrectomie des 2/3 pour adénocarcinome gastrique. En tant que pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité, le SMR retenait un syndrome coronarien aigu en 2014, avec infarctus sous-endocardique sur occlusion de l'interventriculaire antérieure, avec thrombectomie primaire, angioplastie de la coronaire droite moyenne, de la bissectrice et implantation à divers niveaux de stents actifs ainsi qu'un status post-fracture du gros orteil à droite. Le début d'une incapacité de travail durable à hauteur de 100%, puis reprise à 50% dès le 29 février 2016, était fixé au 23 septembre 2014. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : fatigue, pas de travail nécessitant un effort physique important, pas de port de poids de plus de 10 kilos, pas de marche prolongée en terrain irrégulier et pas de travail en ambiance non tempérée. A l'appui de ses conclusions, le Dr N. \_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit :

« Assuré de 61 ans, albanais, marié, 4 enfants (de 1983-1997), travaillant comme carrossier, ayant fait en 2014 un syndrome coronarien aigu justifiant une incapacité de travail de 100% durant un mois le 23.9.2014. Cependant, si dès janvier 2015, une reprise semblait possible, un adénocarcinome gastrique a été diagnostiqué et l'incapacité de travail redevient totale dès le 23 mars 2015. Nous estimons que dans le cadre d'un infarctus myocardique, il est justifié dans le cas d'espèce de considérer que la capacité de travail est nulle depuis la date de l'infarctus jusqu'à la découverte du cancer gastrique. La reprise a pu être faite comme mentionné en page 1 et compliquée d'une fracture du gros orteil droit, l'assuré ayant lâché lors d'un vertige un poids. L'occurrence d'un cancer gastrique est de mauvais pronostic et nous suivons le médecin traitant dans son

évaluation d'une reprise de la capacité à 50%, une révision pouvant être évaluée à une année. »

Le registre psychiatrique a également été investigué par la psychiatre traitant de l'assuré, la Dre J.\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 20 juin 2017, ce médecin retenait le diagnostic psychiatrique - avec effet sur la capacité de travail - de trouble de l'adaptation, humeur anxieuse et dépressive. L'incidence de cette pathologie sur l'activité professionnelle de l'intéressé se traduisait par une asthénie, des difficultés de concentration, une perte de confiance en soi ainsi qu'une irritabilité. L'assuré éprouvait également passablement de peine afin d'accepter ses problèmes de santé et le sentiment d'impuissance en découlant. En lien avec la problématique somatique, la capacité de travail se voyait ainsi réduite à néant.

Le SMR a retenu, en date du 20 juillet 2017, qu'aucun élément dans les rapports récemment produits ne pouvait justifier une diminution de la capacité de travail, sauf l'impossibilité de travailler plus de deux heures d'affilée.

L'OAI a entrepris d'interpeller une nouvelle fois les médecins traitants afin de déterminer l'évolution de l'état de santé du recourant. Le Dr B.\_\_\_\_\_, le 19 décembre 2017, a observé un état stable, sans amélioration ainsi qu'une bonne compliance aux traitements entrepris. Les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical se limitaient au port de charges lourdes et à éviter toute activité isométrique. La Dre J.\_\_\_\_\_ a également constaté, le 20 décembre 2017, que l'état de santé psychique demeurait stationnaire, sans évolution notable. L'assuré se trouvait toujours en incapacité totale de travail, et ce pour une durée indéterminée. Une situation stationnaire était également constatée par le Dr Q.\_\_\_\_\_, le 18 décembre 2018. Pour ce médecin traitant, la capacité de travail de l'intéressé était nulle, aucune alternative n'existant sur son lieu de travail. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ réitérait la nécessité de procéder à une expertise.

Devant l'absence de pathologie somatique active, la mention d'un trouble de l'adaptation justifiait, aux yeux du SMR (avis médical du 12 janvier 2018) l'établissement d'une expertise psychiatrique. Le mandat a été attribué au Dr Ulf Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans son rapport du 5 novembre 2018, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de dysphorie/dysthymie ainsi qu'un échec de la réponse génitale. Selon l'analyse de ce spécialiste, le diagnostic de trouble de l'adaptation s'était transformé en état de dysphorie/dysthymie. La situation s'était stabilisée par elle-même. L'assuré conservait des notions concernant son propre fonctionnement qui correspondaient aux observations. Il n'existait pas de limitations fonctionnelles significatives. La capacité de travail était pleine. Il n'était ainsi pas nécessaire, sur le plan psychique, de rechercher une alternative professionnelle.

Le 14 décembre 2018, le SMR, sous la plume du Dr C.\_\_\_\_\_, a conclu son avis médical comme suit :

« Avec l'apport de l'expertise psychiatrique qui permet de conclure à une capacité de travail (psychiatrique) de 100% dans toute activité, il n'y a pas de raison médicale de modifier les conclusions du rapport du SMR de 2016 avec une capacité de travail de 50% tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée compte tenu des limitations fonctionnelles dues à l'infarctus du myocarde. L'assuré pouvait continuer son activité au sein du garage de son fils à 50%. »

Le 31 janvier 2019, suivant la position du SMR, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré lui annonçant l'allocation, dès le 1<sup>er</sup> septembre 2015, d'une rente entière d'invalidité à un degré de 100% jusqu'au 31 mai 2016, puis d'une demi-rente d'invalidité à un degré de 50%.

Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a réagi à ce projet de décision en date du 6 mai 2019, soulignant que l'assuré s'était toujours plaint sur la durée des mêmes problématiques, à savoir une asthénie, respectivement des vertiges imprévisibles aux changements de position, des brûlures thoraciques, une dyspnée à l'effort et plus récemment une adynamie, une

tristesse ainsi que des troubles mnésiques antérogrades. L'employeur de l'intéressé le disait totalement incapable de travailler. A la suite d'un examen MoCA (Montreal Cognitive Assessment), le médecin traitant retenait également des troubles cognitifs modérés à sévères ainsi que des troubles mnésiques et attentionnels au premier plan.

Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a également transmis un certificat médical daté au 1<sup>er</sup> mai 2019 établi par la Dre J.\_\_\_\_\_, cette spécialiste retenant une incapacité de travail de 100% en raison d'une anxiété, d'une humeur déprimée toute la journée avec des idées de mort, d'une fatigabilité accrue, d'importantes difficultés de mémoire et de concentration et de troubles du sommeil. Le diagnostic retenu était désormais celui de dépression modérée à sévère.

Appelé à se déterminer sur les éléments médicaux récemment produits, le SMR a estimé le 24 juin 2019 qu'il ne disposait pas de suffisamment d'éléments objectifs nouveaux pour s'écarter des conclusions du précédent avis SMR. Il a notamment retenu que, du point de vue psychiatrique, la psychiatre traitante reprenait uniquement les doléances de l'assuré.

Par décision du 6 septembre 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision.

Par la suite, deux rapport médicaux établis respectivement le 27 juin 2019 et le 7 août 2019 par la Dre G.\_\_\_\_\_, spécialiste en gériatrie, sont parvenus à l'OAI. Ces rapports faisaient état de troubles cognitifs en lien avec une pathologie psychiatrique (syndrome dépressif réactionnel, voire stress post traumatique). Le bilan réalisé révélait une atteinte légère aux différentes fonctions, telles que la mémoire verbale et visuelle, les fonctions exécutives, les fonctions attentionnelles, le langage oral et écrit. Un bilan dans une année était proposé, afin d'analyser l'évolution des troubles ainsi décrits.

**B.**            **a)** Par acte du 7 octobre 2019, V.\_\_\_\_\_, par son conseil Me Albert J. Graf, a déféré cette décision devant la Cour des assurances

sociales du Tribunal cantonal, concluant en son annulation, à la constatation d'un degré d'invalidité supérieur à 50% et à l'octroi d'une rente d'invalidité en ce sens. Il soutenait l'arbitraire du degré d'invalidité retenu, l'appréciation erronée des preuves et la motivation insuffisante de la décision attaquée.

**b)** Dans sa réponse du 20 novembre 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de la décision attaquée. Il renvoyait aux prises de positions successives de son service médical.

**c)** Répliquant le 12 février 2020, l'assuré a confirmé ses conclusions. Il contestait en particulier l'expertise réalisée par le Dr Z.\_\_\_\_\_ et faisait valoir un état de santé lourd depuis 2016, fondant une incapacité totale de travail.

**d)** Par duplique du 4 mars 2020, l'OAI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée.

**e)** Le 29 mai 2020, l'assuré a expressément requis l'établissement d'une expertise actualisée, sauf en cas d'admission directe du recours, au vu notamment de l'échec de la reprise du travail à 50%.

### **E n d r o i t :**

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

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

**2.** Le litige porte sur le droit à une rente entière limitée dans le temps, puis réduite à 50% pour amélioration de l'état de santé et de la capacité de travail résiduelle du recourant.

**3.** 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.

**4. a)** 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, 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).

**b)** 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<sup>e</sup> 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).

**c)** 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). 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 [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

**5.** Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au

sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**6. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de

preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**c)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**7. a)** En l'occurrence, le recourant présente ou a présenté des problèmes médicaux de nature cardiaque et oncologique (syndrome coronarien avec infarctus et status après gastrectomie des 2/3 pour adénocarcinome gastrique), ainsi que psychiatrique sous la forme d'un trouble de l'adaptation, humeur anxieuse et dépressive, respectivement d'une dysphorie/dysthymie et d'un échec de la réponse génitale. Des atteintes cognitives ont également été évoquées.

**b)** Sur le plan somatique, le bilan apparaît clair. L'adénocarcinome gastrique est en rémission à la suite de l'intervention chirurgicale en avril 2015, ce que confirment les médecins traitants du recourant, le Dr L.\_\_\_\_\_ qualifiant en date du 14 janvier 2016 les suites de la gastrectomie comme favorables, malgré la nécessité pour l'intéressé de fractionner ses prises alimentaires. Aucune pièce médicale n'atteste, par la suite, d'une rechute de l'atteinte gastrique. Quant à la problématique cardiaque, le Dr B.\_\_\_\_\_ (rapport du 8 décembre 2017), a observé un état stable, sans amélioration ainsi qu'une bonne compliance aux traitements entrepris. Les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical se limitaient au port de charges lourdes et toute activité isométrique, compatible avec une activité professionnelle de 50%.

Un tel tableau clinique indiquait un retour à un état stationnaire justifiant une capacité de travail de 50% dans le respect des limitations fonctionnelles posées, soit une fatigue, pas de travail nécessitant un effort physique important, pas de port de poids de plus de 10 kilos, pas de marche prolongée en terrain irrégulier, pas de travail en ambiance non tempérée. Ces éléments ne sont pas contestés par le recourant, le SMR ayant en outre rendu une synthèse claire des différents avis des médecins traitants.

**c)** Sur le plan psychiatrique, l'expertise du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 5 novembre 2018, à juste titre mandaté par l'intimé afin d'éprouver l'incapacité totale de travail retenue par la psychiatre traitante du recourant, la Dre J.\_\_\_\_\_, elle-même relayée par le Dr Q.\_\_\_\_\_, est déterminante. A la lecture du document en question, force est de constater qu'il convainc pleinement. L'anamnèse est complète et systématique, tant sur les plans médical, personnel, professionnel et familial que relationnel et affectif. Les observations cliniques sont fines et claires, assorties d'un entretien et d'observations cliniques, d'un test AMDO et d'un examen toxicologique. La synthèse comporte l'appréciation des avis divergents, notamment celui de la psychiatre traitante, qui retient un trouble anxiodépressif et d'adaptation. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ estime notamment que si le diagnostic de trouble de l'adaptation était juste par le passé, l'état émotionnel avait subi une amélioration sensible menant ainsi au diagnostic de dysphorie/dysthymie. Au vu de ressources conséquentes dont continue à disposer le recourant, manifestant de bonnes capacités d'adaptation, d'organisation, d'endurance ou encore relationnelle, l'appréciation de l'expert, claire, motivée et sans contradiction, peut être suivie. La capacité de travail du recourant n'est ainsi pas altérée sur le plan psychiatrique.

Contrairement à ce que soutient le recourant, rien ne laisse penser que l'expertise réalisée par le Dr Z.\_\_\_\_\_ soit intervenue dans le cadre d'une amélioration passagère de son état de santé psychiatrique. Le contenu des rapports subséquents établis tant par la Dre J.\_\_\_\_\_ que par le Dr Q.\_\_\_\_\_ ne suffisent à jeter le doute sur l'amélioration observée

cliniquement par l'expert (rapports des 1<sup>er</sup> et 24 mai 2019). Le Dr Q.\_\_\_\_\_, outre sa position de médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3), n'est au demeurant pas spécialiste en psychiatrie. Quant à la position de la Dre J.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 1<sup>er</sup> mai 2019, elle ne saurait se voir attribuer une valeur probante, dans la mesure où elle se borne à rapporter les plaintes formulées par le recourant, sans faire état de facteurs objectifs propres à justifier l'incapacité totale de travail rapportée.

**d)** On observera par ailleurs que les atteintes cognitives rapportées par la Dre G.\_\_\_\_\_ sont qualifiées de légères et n'entravent pas de manière significative la capacité de travail du recourant.

**e)** En définitive, les avis ponctuels successifs, puis la synthèse du SMR rendent compte d'une instruction médicale complète et consciencieuse, sur tous les plans, le retour à une capacité de travail à hauteur de 50% étant motivé à satisfaction, non pas par deux courtes reprises d'activité à ce taux en 2015 et 2016, comme le soutient le recourant, mais sur la base d'avis médicaux des médecins traitants versés au dossier, ainsi que, sur le plan psychiatrique, de l'expertise Z.\_\_\_\_\_, qui convainquent faute d'être objectivement contredits. L'octroi, dès le 1<sup>er</sup> septembre 2015, d'une rente entière d'invalidité à un degré de 100% jusqu'au 31 mai 2016, puis d'une demi-rente d'invalidité à un degré de 50%, peut ainsi être confirmé, les dates retenues respectant les délais de carence prévus par la loi (art. 28 LAI, art. 29 al. 1 et 3 LAI et 88a al. 1 RAI).

**8. a)** Mal fondé, le recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 83 LPGA), la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le

montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1 LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

**c)** Enfin, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 6 septembre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de V.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Graf, pour le recourant,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :