

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 novembre 2021

Composition : M. PIGUET, juge unique

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Luc Del Rizzo, avocat, à
Monthey,

et

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

Art. 50 LPGA ; art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1983, marié et père de famille, a exercé diverses activités lucratives dès 2004, notamment dans les domaines de la restauration, du bâtiment et des transports.

Le 7 mai 2010, il a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), motif pris d'une tumeur de l'estomac. Cette demande s'est soldée par une décision de refus de prestations de l'OAI du 23 novembre 2010, l'assuré ayant recouvré une pleine capacité de travail dans l'intervalle.

B. B._____ a requis une seconde fois des prestations de l'assurance-invalidité, par dépôt du formulaire ad hoc auprès de l'OAI le 1^{er} octobre 2014, en raison de névralgies et de troubles sensitivomoteurs du rachis cervical.

L'instruction de cette demande a révélé que l'assuré avait subi une discectomie C5-C6 avec mise en place d'une cage Fidji, réalisée en mai 2014 au sein des Hôpitaux I._____. Selon le Dr C._____, médecin généraliste traitant, l'assuré souffrait de cervicobrachialgies C5-C6, avec hernie discale C5-C6 gauche. L'intervention chirurgicale n'avait pas atténué les douleurs et avait entraîné une très sensible baisse de la force du membre supérieur gauche. Ce médecin mentionnait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle d'aide-chauffeur depuis le 29 octobre 2013. Il a envisagé la reprise d'une activité lucrative adaptée à 50 %, dans un premier temps dès le 1^{er} novembre 2014, puis dans un second temps dès le 1^{er} avril 2015 (cf. rapports du Dr C._____ à l'OAI des 16 octobre 2014, 9 février et 31 mars 2015).

Sollicité pour avis, le Service médical régional (SMR) a considéré l'assuré incapable d'exercer ses anciennes activités. Il était en revanche susceptible d'exercer à plein temps une activité adaptée à ses

limitations fonctionnelles, soit sans port de charges de plus de 10 kg, sans mouvements de la tête fréquents dans toutes les directions, ni avec les bras au-dessus de l'horizontale, sans mouvements prolongés en flexion de la nuque, ainsi que sans utilisation de machines vibrantes ou de binoculaire. Le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé au 1^{er} mars 2015, tout d'abord à 50 %, puis à 100 % à l'issue d'un délai de trois mois (cf. avis médical du 11 juin 2015).

Fondé sur cette appréciation, l'OAI a mis en œuvre des mesures d'ordre professionnel à compter du 12 août 2015, à savoir une orientation et un reclassement professionnels (formation à l'utilisation d'outils de mesure, suivie de stages en entreprises ; cf. notamment : communications de l'OAI des 25 août et 16 décembre 2015). L'assuré n'a pas été en mesure d'augmenter son temps d'activité à plus de 50 %, en raison d'une fatigabilité et de céphalées récurrentes (cf. rapport du Centre U. _____ du 21 décembre 2015).

Sur mandat de l'assurance perte de gain en cas de maladie, O. _____ SA, l'assuré a fait l'objet d'une expertise réalisée en janvier 2016 par le Dr L. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecine du sport. Dans son rapport du 3 février 2016, ce dernier a mis en évidence les diagnostics incapacitants de cervico-occipitalgies et céphalées occipito-frontales sur status après discectomie pour hernie discale C5-C6 par voie antérieure, décompression transdiscale et spondylodèse par cage intra-discale de Fidji, troubles statiques résiduels (cyphose médio-cervicale), troubles dégénératifs sous forme d'uncarthrose C3-C4 et C6-C7 avec arthrose facettaire à ce dernier niveau, ostéochondrose de type Modic I et II de C5-C6 et débord discal paramédian droit C6-C7 avec déviation légère de la moëlle et possible conflit de type irritatif. Une évolution vers un trouble somatoforme douloureux était qualifiée de probable. Il a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'aide-chauffeur ou d'éboueur et de 50 % dans une activité adaptée « dès la fin du bilan AI », respectivement de 100 % « après un trimestre d'entraînement complet ». L'activité adaptée devait permettre l'alternance des positions assise et debout et éviter le

port de charges supérieures à 15 kg, ainsi que tout travail avec les bras au-dessus du niveau des épaules. Le Dr L._____ relevait une « participation psychologique probable » aux problèmes de l'assuré.

Aux termes d'un avis du 12 juillet 2016, le SMR a proposé d'admettre une capacité de travail limitée à 50 % dans une activité adaptée dès le 3 février 2015. Il considérait dite capacité « bien établie » au cours des diverses mesures professionnelles, alors que l'état de santé de l'assuré n'avait pas permis d'augmenter ce taux, en dépit de sa bonne volonté.

Une évaluation neuropsychologique de l'assuré a été demandée par son médecin traitant auprès de la Clinique Y._____. Le Dr J._____, spécialiste en neurologie, a conclu le 7 juillet 2017 à certaines difficultés sur le plan du langage oral, une dysorthographe et une dyslexie, des lacunes au niveau de la mémoire collective, un fléchissement exécutif et des difficultés attentionnelles. Il précisait que « ces éléments, sans argument pour une origine organique, [étaient] à interpréter dans le contexte socioprofessionnel et psychologique difficile » de l'assuré.

Par rapport du 4 octobre 2017, le Dr C._____ a signalé la survenance d'un état dépressif réactionnel sévère auprès de son patient.

Retenant, au titre de nouvelles limitations fonctionnelles, des difficultés de type dyslexie/dysorthographe, de fléchissement exécutif et des difficultés attentionnelles, le SMR a, par avis du 23 octobre 2017, estimé que les mesures professionnelles pouvaient être poursuivies, au taux de 50 %, pour lequel l'assuré avait affiché un bon engagement.

Dans un nouveau rapport du 4 décembre 2017, le Dr C._____ a réitéré le diagnostic d'état dépressif réactionnel sévère et indiqué que l'assuré avait subi une intervention chirurgicale en août 2017 en raison d'une hernie de la ligne blanche. Le port de charges supérieures à 7 kg et la position debout prolongée au-delà d'un quart d'heure étaient en conséquence désormais contre-indiqués.

L'OAI a décidé de prendre en charge une mesure de réinsertion, à savoir un entraînement à l'endurance au sein du Centre U._____, à compter du 8 janvier 2018. Cette mesure était initialement prévue à hauteur de deux heures par jour avec une augmentation progressive pour atteindre un taux d'activité de 50 % (cf. communication de l'OAI du 20 décembre 2017).

Par correspondance à l'OAI du 27 mars 2018, le Dr C._____ a fait part de la chronicisation de la situation de son patient, accompagnée d'un état dépressif réactionnel. A son avis, une démarche de réinsertion n'était pas envisageable durant plus de deux à trois heures par jour.

Sur recommandation du SMR du 23 avril 2018, l'OAI a confié un mandat d'expertise pluridisciplinaire au Centre d'expertises médicales D._____. Dans leur rapport du 31 janvier 2019, les Drs G._____, spécialiste en médecine interne, F._____, spécialiste en rhumatologie, et H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, assistés de M. V._____, neuropsychologue, ont retenu les diagnostics de status post cure d'éventration sus-ombilicale, de cervico-occipitalgies et cervicobrachialgies gauches chroniques discrètement sensitivo-déficitaires C6-C7, in status post discectomie pour hernie discale C5-C6 et spondylodèse par cage intra-discale, troubles statiques résiduels (cyphose cervicale) et troubles dégénératifs étagés de C3-C4 à C6-C7, ainsi que de suspicion d'un tunnel carpien gauche. Sur le plan psychiatrique et neuropsychologique, aucun diagnostic n'était pris en compte. Un diagnostic de trouble somatoforme douloureux pouvait notamment être écarté. Au titre de limitations fonctionnelles, les experts mentionnaient la position statique assise ou debout prolongée supérieure à 15 minutes, la nécessité de changements de position, la position ou les mouvements itératifs contraignants pour le rachis cervical en flexion/extension/rotation/inclinaison de la nuque, le travail les bras levés en hauteur, le port de charge itératif supérieur à 5 kg, le travail sur échelle ou échafaudage, ou encore avec des engins émettant des vibrations à basse fréquence. Des limitations intellectuelles en langage écrit en

français avaient cependant pour incidence que les mesures professionnelles possibles étaient limitées et que l'activité exercée ne pouvait être que simple, très peu exigeante sur le plan cognitif. Selon les experts, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais de 100 %, avec une baisse de rendement de 30 % pour des raisons rhumatologiques, dans une activité adaptée.

Le 13 mai 2019, le SMR a considéré qu'il y avait lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise du D._____ pour retenir une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée, basée sur les observations résultant du processus de réadaptation.

Dans un rapport du 19 juin 2019, le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a estimé que l'assuré n'était pas en mesure de mettre à profit sa capacité résiduelle de travail, étant donné ses restrictions fonctionnelles. Il a conclu à un préjudice économique total et à un degré d'invalidité de 100 %. Dans un rapport subséquent du 1^{er} octobre 2019, ledit service a rectifié son appréciation. Il a tenu compte d'une capacité résiduelle de travail de 50 % et déterminé, après comparaison des revenus, un degré d'invalidité de 52 %.

Par projet de décision du 7 octobre 2019, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui allouer une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2015 au 30 juin 2019, suivie d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2019.

L'assuré, représenté par Me Luc Del Rizzo, s'est opposé à ce projet de décision par correspondance du 7 novembre 2019, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2015 et au-delà du 30 juin 2019.

L'OAI a rendu une décision, conforme à son projet du 7 octobre 2019, en date du 30 janvier 2020.

C. Par acte du 2 mars 2020, B._____, toujours représenté par Me Del Rizzo, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu, principalement, à sa réforme dans le sens de l'allocation d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2015 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a essentiellement contesté l'appréciation médicale de sa situation, estimant que le rapport d'expertise du D._____ n'était pas convaincant et ne tenait pas compte des rapports documentés de ses différents médecins traitants. Par ailleurs, il a fait valoir que son état de santé ne s'était pas amélioré à compter de mars 2019, mais au contraire dégradé. A titre de justificatif, il a notamment produit un rapport du 22 janvier 2020 de la Clinique R._____, lequel faisait état d'un séjour de réadaptation de l'assuré du 26 novembre au 16 décembre 2019. Les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, et de douleurs chroniques irréductibles étaient retenus. A la sortie, il était recommandé à l'assuré d'entamer un suivi psychiatrique ou psychologique, ainsi qu'ergothérapeutique.

Dans sa réponse du 17 juin 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a rappelé que les appréciations d'experts l'emportaient usuellement sur les rapports des médecins traitants.

L'assuré a répliqué le 17 août 2020 et maintenu ses conclusions. Il a réitéré sa position par correspondances des 2 décembre 2020, 28 janvier, 16 juillet et 14 septembre 2021, produisant de nouvelles pièces médicales, dont notamment :

- un rapport du Dr C._____ du 3 juillet 2020, exposant les différents traitements entrepris ;
- des rapports du Dr J._____ des 31 mars et 20 juillet 2020, relatant une péjoration de la situation avec protrusion discale C6-C7 et une hypoesthésie C7 dans le contexte d'un syndrome douloureux chronique ;

- un rapport du Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 3 août 2020, retenant le diagnostic incapacitant d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques depuis sa prise en charge en mars 2020 ;
- divers rapports mentionnant des interventions et infiltrations en vue de diminuer la symptomatologie douloureuse ;
- un rapport de la Clinique R._____, du 12 février 2021, relatant un second séjour de réadaptation de l'assuré du 5 au 25 janvier 2021 et retenant à nouveau le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, dans un contexte de douleurs chroniques irréductibles ;
- des rapports des 2 et 8 septembre 2021 de prise en charge et d'hospitalisation de l'assuré au sein de la Clinique A._____ en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques avec des tendances suicidaires ;
- un rapport du 17 septembre 2021 de la Fondation P._____ relatant un séjour de l'assuré du 2 au 7 septembre 2021 pour mise à l'abri d'un geste auto-agressif, dans le contexte de troubles de l'adaptation et de douleurs chroniques.

Par duplique du 5 novembre 2020, l'OAI a maintenu ses conclusions, considérant, sur la base d'un avis du SMR du 4 novembre 2020, qu'une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assuré serait postérieure à la décision querellée. Il a persisté à conclure au rejet du recours par déterminations subséquentes des 4 janvier, 15 juillet et 24 août 2021.

Par correspondances du 30 avril 2021, le magistrat instructeur a interpellé les Drs K._____ et M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, au sujet de la prise en charge de l'assuré. Le Dr K._____ a indiqué, le 31 mai 2021, suivre l'assuré depuis le mois de mars 2020 en raison d'une dépression sévère. Son patient présentait désormais un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et était incapable

d'exercer une activité lucrative. Quant au Dr M._____, il a fait part, le 28 juin 2021, d'une prise en charge irrégulière, entre janvier et juillet 2018, pour un syndrome anxiodépressif dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique. Il a évoqué les diagnostics d'autres troubles de l'humeur et de trouble de la personnalité, sans précision. Il ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré.

Le 6 octobre 2021, le magistrat instructeur a tenu une audience d'instruction de la cause, au cours de laquelle les parties ont transigé, en ce sens que l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} mai 2015 au 30 septembre 2019 et à une rente entière dès le 1^{er} octobre 2019.

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'assurance-invalidité (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'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté 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]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le bien-fondé de la décision rendue

par l'intimé le 30 janvier 2020, par laquelle il a alloué une rente entière du 1^{er} mai 2015 au 30 juin 2019, puis une demi-rente à compter du 1^{er} juillet 2019.

3. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 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 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. Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

4. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

b) A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

c) En vertu de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b ; 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant 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 les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108).

5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible : la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées).

6. a) En l'espèce, il est incontesté que le recourant présente une incapacité totale et durable de travail dans l'exercice de sa profession usuelle, en raison des séquelles de l'intervention chirurgicale subie le 24 mai 2014. Cela étant, il ressort des appréciations médicales convergentes versées au dossier qu'il a recouvré, à compter du mois de mars ou avril 2015, une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles (cf., notamment, les rapports du Dr C. _____ des 16 octobre 2014, 9 février et 31 mars 2015, l'avis du SMR du 11 juin 2015, ainsi que le rapport d'expertise du Dr L. _____ du 3 février 2016). Ce constat a du reste permis au recourant d'entamer un processus de réadaptation professionnelle entre le 12 août 2015 et le 29 mars 2018, dans le but de déterminer une activité adaptée et d'augmenter progressivement sa capacité de travail à 100 % (cf. rapports du Service de réinsertion professionnelle des 3 avril 2018 et 19 juin 2019).

Les mesures d'ordre professionnel se sont toutefois déroulées pour l'essentiel au taux de 50 % en raison de la symptomatologie douloureuse présentée par le recourant. Le maintien de ce taux a été avalisé à réitérées reprises par le SMR (cf., notamment, les avis du SMR des 12 juillet 2016 et 23 octobre 2017).

b) A la suite de l'interruption de la mesure de réinsertion prévue dès le 8 janvier 2018, l'intimé a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire au D._____. Le rapport correspondant du 31 janvier 2019 est parvenu à la conclusion que le recourant était doté d'une capacité résiduelle de travail estimée à 70 %, compte tenu des restrictions rhumatologiques qui entraînaient une baisse de rendement. Le SMR a toutefois tempéré cette appréciation de l'exigibilité comme suit (avis du 13 mai 2019) :

Compte tenu de la justification insuffisamment fondée de la capacité de travail exigible de 70 % dans une activité adaptée il faut donner davantage de crédit au long processus de réadaptation, auquel l'assuré avait participé avec un bon engagement. Or, cette longue observation n'avait pas permis d'obtenir une augmentation de la capacité de travail exploitable au-delà de 50 %. Ce taux est par ailleurs celui retenu dans la première expertise.

Pour ces raisons je propose de s'écarter des conclusions de la dernière expertise et de retenir comme capacité de travail exigible le taux de 50 % dans une activité qui doit respecter les limitations fonctionnelles [...].

c) Etant donné les pièces médicales précitées et le déroulement des mesures professionnelles, il est manifeste que la décision litigieuse n'est pas en adéquation avec la réalité objective des faits. S'agissant de la capacité de travail que le recourant a présentée dès le mois de mai 2015, il est en effet totalement arbitraire de retenir que le recourant présentait un degré d'invalidité de 100 %, alors qu'il était indubitablement doté d'une capacité résiduelle de travail d'au minimum 50 % (correspondant à un degré d'invalidité de 52 %).

7. Au vu du dossier, se pose la question de savoir si, à compter du milieu de l'année 2017, le recourant a connu une aggravation de son état de santé sur le plan psychique. Dans ses rapports des 4 octobre et 4 décembre 2017, le Dr C._____ a fait mention de l'apparition d'un état

dépressif réactionnel sévère nécessitant une prise en charge psychiatrique. On ne dispose toutefois que d'éléments très succincts quant à cette prise en charge. On observe néanmoins que le recourant n'a consulté le Dr M. _____ que durant une courte période, insuffisante pour que ce dernier puisse se prononcer sur son cas (cf. réponses du Dr M. _____ du 28 juin 2021 au magistrat instructeur). Faute de renseignements plus complets sur le registre psychiatrique et vu les conclusions communiquées par le D. _____ dans son rapport d'expertise du 31 janvier 2019, il y a lieu de retenir que le recourant a conservé, à tout le moins jusqu'à la réalisation de l'expertise du D. _____, une capacité résiduelle minimale de travail de 50 %.

8. a) Reste à examiner si, comme le soutient l'intimé, l'état de santé du recourant s'est amélioré dès mars 2019 ou si, comme le soutient le recourant, celui-ci s'est péjoré.

b) A l'instar du recourant, il y a lieu d'observer que différents documents font état d'une dégradation significative et durable de son état de santé psychique postérieurement à l'expertise effectuée auprès du D. _____. En particulier, on peut citer le rapport du 22 janvier 2020 établi à la suite de l'hospitalisation du recourant au sein de la Clinique R. _____ du 26 novembre au 16 décembre 2019, ainsi que le rapport du Dr K. _____ du 3 août 2020 relatant la prise en charge régulière du recourant dès mars 2020. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, a été posé par ces intervenants, tandis que la capacité de travail du recourant a été estimée nulle dans toutes activités.

c) On relève également que, d'un point de vue somatique, l'état de santé du recourant a connu une péjoration relatée dans les rapports _____ du Dr J. _____ des 31 mars et 20 juillet 2020 (présence d'une hypoesthésie C7).

d) Dans un avis du 4 novembre 2020, le SMR s'est exprimé sur la situation de la manière suivante :

1. Capacité de travail exigible :

Passage à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée dès mars 2019 :

Je suppose que cette date a été choisie sur la base de mon avis SMR du 13.05.2019, dans lequel j'avais proposé de retenir une capacité de travail de 50 % en respectant les limitations fonctionnelles mentionnées dans l'avis du 26.03.2019. Le choix de cette date de mars est discutable. En donnant crédit à l'expertise de janvier 2019, il eût été cohérent d'admettre la date de janvier 2019, non pas comme date d'amélioration de l'état de santé, mais comme date de constat de l'existence d'une telle capacité de travail sur la base de l'expertise (taux modifié par la suite selon ma proposition du 13.05.2019).

Concernant ce taux de 50 %, jamais réellement atteint en cours de mesures professionnelle : A ma connaissance l'appréciation médicale a une valeur supérieure à l'observation professionnelle.

2. Evolution de l'état de santé :

L'état de santé depuis l'expertise en janvier 2019 semble s'être dégradé, au point qu'un séjour de réadaptation a été organisé en novembre-décembre 2019. Les constatations médicales décrites dans la lettre de sortie ne permettent pas d'apprécier l'état ostéoarticulaire et neurologique de l'assuré. Les valeurs de mobilité de la colonne cervicale et la mesure de la force des membres supérieurs mentionnées dans le bilan ergothérapeutique sont troublantes : La limitation de la mobilité de la colonne selon ces chiffres serait très importante, ce qui n'a jamais été signalé ni lors de l'expertise, ni dans les rapports du Dr J._____. Il en va de même de la force musculaire : L'ergothérapeute a constaté des faiblesses (parésies) importantes, alors que les experts et le professeur en neurologie, le Dr J._____, ne mentionnent aucun déficit.

Le fait que le Dr J._____ a ordonné une nouvelle infiltration, puis sollicité l'avis d'une spécialiste de la douleur, témoigne d'une aggravation de l'état de l'assuré. En mars 2020 le Dr J._____ signale une aggravation de l'image IRM et soupçonne une instabilité au-dessous de l'ancienne opération cervicale, avec protrusion discale C6-C7 gauche.

La nouvelle prise en charge en charge psychiatrique depuis mars 2020 et la mention d'un épisode dépressif sévère, quoi que mal étayé, témoigne d'une aggravation de l'état de santé.

Conclusion :

La capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée n'est pas le reflet d'une amélioration de l'état de santé, mais la conséquence d'une appréciation médicale faite à cette date.

La date de mars 2019 comme début de cette capacité de travail n'est pas justifiée médicalement (mais elle est en faveur de l'assuré). C'est en janvier 2019, lors de l'expertise, que l'existence d'une capacité de travail dans une activité adaptée a été constatée.

Le séjour à la Clinique R. _____ en novembre-décembre 2019, dont témoigne la lettre de sortie établie le 22.01.2020 (après la motivation du 06.01.2020) peut être interprété comme signe d'une dégradation de l'état de santé. Cette dégradation est corroborée par la nouvelle prise en charge psychiatrique depuis mars 2020 et les rapports du Dr J. _____ de mars et de juillet 2020.

Compte tenu de ce qui précède, il me paraît difficile de postuler l'existence d'une capacité de travail exploitable depuis janvier 2019 et à ce jour.

e) Au vu de l'ensemble de ces éléments, il s'agit de retenir que l'état de santé du recourant s'est péjoré de manière significative et durable entre les mois de février et novembre 2019 et qu'il présente depuis lors une incapacité totale de travailler. Contrairement à ce qu'a soutenu obstinément l'intimé tout au long des écritures qu'il a produites au cours de cette procédure, le dossier ne contient absolument aucun élément ou indice laissant à penser que l'état de santé du recourant se serait amélioré postérieurement à l'expertise réalisée par le D. _____.

9. Etant donné l'impossibilité concrète de fixer une date précise pour attester de la péjoration de l'état de santé du recourant, le juge instructeur a proposé, au cours de l'audience qui s'est déroulée le 6 octobre 2021, de retenir comme date de la péjoration de l'état de santé celle du 30 juin 2019. Les parties ont acquiescé à cette proposition et accepté de passer la transaction suivante :

- I. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud reconnaît le droit de B. _____ à une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} mai 2015 au 30 septembre 2019 et à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2019.
- II. Les parties demandent à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'approbation de la transaction.

10. a) Aux termes de l'art. 50 LPGA, les litiges portant sur des prestations des assurances sociales peuvent être réglés par transaction (al. 1). L'assureur est tenu de notifier la transaction sous la forme d'une

décision sujette a recours (al. 2). Les al. 1 et 2 s'appliquent par analogie à la procédure d'opposition ainsi qu'à la procédure de recours (al. 3).

b) En l'occurrence, le contenu de la transaction judiciaire est en adéquation avec les circonstances de fait de la cause (cf. supra consid. 5 à 7) ; cette transaction est par ailleurs conforme aux dispositions de la LAI et tient compte de l'intérêt des parties, de sorte que rien ne s'oppose à son approbation pour valoir jugement.

c) A l'audience du 6 octobre 2021, le recourant a été expressément rendu attentif au fait que le contenu de la transaction aboutissait à un résultat qui lui était moins favorable par rapport au contenu de la décision litigieuse. C'est ainsi en toute connaissance de cause que le recourant a acquiescé à la transaction judiciaire passée avec l'intimé.

11. En définitive, la transaction judiciaire vide le présent litige de son objet, ce qui justifie de rayer la cause du rôle (ATF 135 V 65), compétence qui relève du magistrat instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. c LPA-VD).

12. a) Malgré la teneur de l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, lequel prévoit en principe la fixation de frais judiciaires en assurance-invalidité, la présente décision est rendue sans frais, vu sa liquidation par transaction.

b) Les parties ne se sont pas prononcées sur les dépens dans leur transaction. Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un avocat, a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Après examen de la liste des opérations déposées le 7 octobre 2021, il convient de constater que l'activité déployée dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. Compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, ainsi que du temps requis pour le traitement d'une telle affaire, il se justifie de fixer l'indemnité

forfaitairement à 4'500 fr., débours et éventuelle TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

**Par ces motifs,
le juge unique
prononce :**

- I. Acte est pris de la transaction intervenue entre les parties, pour valoir jugement, dont le contenu est le suivant :
 - I. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud reconnaît le droit de B. _____ à une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} mai 2015 au 30 septembre 2019 et à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2019.
 - II. Les parties demandent à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'approbation de la transaction.

- II. La cause est rayée du rôle.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B. _____ une indemnité de 4'500 fr. (quatre mille cinq cents francs), à titre de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Luc Del Rizzo, à Monthey, (pour B._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :