

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 février 2022

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
MM. Reinberg et Peter, assesseurs  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Marie Signori,  
avocate à Clarens,

et

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

---

**Art. 30 al. 3 Cst. ; 6 ss et 17 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ; 88a al. 1 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** H.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1969, travaillait depuis 2009 en tant qu'aide-monteur de faux-plafonds pour le compte de N.\_\_\_\_\_ à X.\_\_\_\_\_. Le 2 septembre 2016, il s'est blessé au côté droit et à l'épaule droite en tombant d'une camionnette qu'il était en train de décharger. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), auprès de laquelle le prénommé était assuré, a pris en charge le traitement médical et a versé des indemnités journalières.

Le 1<sup>er</sup> mars 2017, l'assuré a glissé sur des escaliers mouillés ; dans sa chute, il s'est tordu le genou droit et son épaule droite a heurté une barrière.

Souffrant de l'épaule droite et du genou droit, l'assuré a déposé, en date du 11 avril 2017, une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a fait verser au dossier celui de la CNA, qui contenait notamment un rapport du 7 juillet 2017, faisant suite au séjour de l'assuré à la Clinique S.\_\_\_\_\_. Les Drs Z.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique, et E.\_\_\_\_\_, médecin assistante, n'avaient posé aucun diagnostic neurologique alors que, sur le plan orthopédique, elles avaient retenu celui de gonarthrose débutante des deux côtés. Elles n'avaient pas non plus posé de diagnostic psychiatrique, même si des éléments post-traumatiques se rapportant à la guerre vécue avant l'arrivée de l'assuré en Suisse étaient en majoration depuis son inactivité. Il bénéficiait d'entretiens avec une psychologue clinicienne en lien avec les répercussions de l'accident et les inquiétudes en découlant ; les éléments post-traumatiques pouvaient également faire l'objet d'un suivi auprès de psychologues en cas d'intérêt de sa part. Les Dres Z.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ avaient par ailleurs relevé que des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles

mentionnées par l'intéressé (cotation élevée de la douleur, sous-estimation de ses propres capacités fonctionnelles, croyances à propos d'une lésion non diagnostiquée de l'épaule qui expliquerait la persistance des douleurs, éléments post-traumatiques).

Dans un rapport du 8 novembre 2017, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé pour seul diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - celui d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique existant depuis 2016. Consulté par l'assuré depuis le 5 septembre 2017, il a expliqué que l'assuré avait développé une symptomatologie anxio-dépressive en réaction à des problèmes somatiques liés à des séquelles d'un accident professionnel survenu en 2016. Le fait de ne plus pouvoir exercer sa profession depuis lors affectait également son moral. Réservant son pronostic, le Dr D.\_\_\_\_\_ a estimé qu'aucune réinsertion professionnelle ne pouvait être envisagée compte tenu de la symptomatologie présente notamment en ce qui concernait les symptômes et les limitations physiques.

Réinterpellé par l'office AI, le cabinet de consultation du Dr D.\_\_\_\_\_ lui a adressé un rapport établi le 22 août 2018 sous la signature du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de Q.\_\_\_\_\_, psychologue-psychothérapeute FSP. La symptomatologie anxio-dépressive demeurait stationnaire. Même si l'irritabilité et l'agressivité étaient en amélioration, l'assuré continuait de présenter des troubles du sommeil avec des difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes ainsi que des cauchemars. De plus, il souffrait d'un sentiment de vide avec une auto-dévalorisation et des difficultés relationnelles dues à sa frustration, son sentiment d'échec et ses tendances projectives, voire paranoïaques. Les auteurs du rapport ont également observé des troubles de la concentration et de l'attention avec la présence d'oublis. A cela s'ajoutaient une fatigue et un isolement social ainsi que des ruminations importantes quant à la situation et l'avenir professionnels. Si la cause principale de l'incapacité de travail était somatique, ils ont toutefois relevé que la symptomatologie anxio-dépressive limitait la capacité de travail en

toute activité en ce qu'elle affectait sa gestion des responsabilités et son seuil de tolérance à la frustration et au stress.

En réponse aux questions de l'office AI, le Dr J.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ lui ont adressé un nouveau rapport en date du 16 janvier 2019. Ils y posaient les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen avec syndrome somatique) et de trouble somatoforme. D'après eux, la situation restait inchangée mais stable depuis leur dernier rapport. Ils ont noté de légères améliorations au niveau de la frustration, de l'agressivité et de l'impulsivité. Le discours était légèrement moins projectif. Quant à l'évaluation de l'incapacité de travail, elle dépendait du médecin généraliste.

En date du 25 avril 2019, la Dre P.\_\_\_\_\_, médecin praticien et médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à l'examen médical final de l'assuré. Sous l'intitulé « Appréciation », elle s'est exprimée en ces termes :

« Il s'agit d'un assuré de 49 ans dont les antécédents sont décrits ci-dessus et sur lesquels nous ne reviendrons pas.

En ce qui concerne l'épaule droite, subjectivement, l'assuré mentionne la persistance de douleurs constantes exacerbées par les mouvements répétitifs du membre supérieur droit.

Objectivement, on constate une amyotrophie de la loge sus-épineuse avec une limitation de la mobilité de l'épaule dans toutes les amplitudes avec une flexion antérieure qui atteint difficilement 100° mais dont les gestes ne dépassent pas 90° alors que l'abduction est à 70° et les rotations interne et externe sont également limitées. Il n'y a toutefois pas d'atrophie du membre supérieur droit et on constate une diminution de la force au test de Jamar avec toutefois des valeurs un peu aléatoires.

En ce qui concerne l'épaule droite, la situation est stabilisée et nous pouvons retenir les limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvements répétés du membre supérieur droit, pas de mouvements répétés du membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale, pas de mouvements en porte-à-faux du membre supérieur droit.

Pas de port de charges supérieures à 10 kg du sol à la taille, pas de port de charges supérieures à 5 kg de la taille aux épaules et pas de port de charges supérieures à 2 kg au-dessus des épaules avec les deux mains.

Dans une activité adaptée, respectant les limitations de l'épaule, la capacité de travail est entière sans diminution de rendement. A noter que l'activité professionnelle de monteur de plafond ou toutes activités professionnelles dans la restauration ne sont plus des activités adaptées aux limitations fonctionnelles de l'épaule droite, donc plus exigibles.

En ce qui concerne le genou droit (...), nous retenons sur la base du dossier actuellement en notre possession, que les douleurs du genou droit, au niveau du compartiment interne, ne sont pas en lien de causalité pour le moins probable avec la chute du 01.03.2017. En effet, nous constatons que les radiographies qui ont [été] effectuées le 31.05.2017, soit près de 2 mois après la chute, n'ont pas mis en évidence de lésion structurelle pouvant lui être imputée mais une gonarthrose bilatérale prédominant sur le compartiment interne. Devant les propos de l'assuré concernant les conclusions du Dr L.\_\_\_\_\_ avec une atteinte du ménisque ayant entraîné une arthrose et en présence de tests méniscaux internes positifs décrits dans la consultation du 27 mars 2017, nous proposons à l'assuré d'effectuer une IRM du genou droit (ou autre examen notion de corps métallique dans la nuque), afin d'évaluer si des lésions structurelles peuvent être imputées à la chute. Nous vous prions de demander au Prof. K.\_\_\_\_\_ de procéder à cette IRM du genou droit et de bien vouloir nous renseigner si l'assuré présente des lésions traumatiques qui pourraient être imputées à la chute du 01.03.2017 en lui faisant parvenir les clichés des deux genoux effectués le 31.05.2017.

En ce qui concerne le genou droit, il faut retenir, comme limitations fonctionnelles provisoires, que l'assuré ne peut pas travailler sur des terrains irréguliers, qu'il ne devrait pas avoir une activité nécessitant la montée ou la descente répétée d'escaliers ni des positions accroupies ou à genoux répétées. Concernant si ces limitations fonctionnelles doivent être mises en lien avec l'événement du 1<sup>er</sup> mars 2017, nous attendons l'examen demandé pour nous prononcer de manière définitive.

En ce qui concerne le dos, il n'y a aucune limitation fonctionnelle à retenir avec l'événement du 02.09.2016 ou du 01.03.2017 ou avec un quelconque autre événement à notre charge.

L'assuré présente au niveau de son épaule droite des séquelles qui correspondent à un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui feront l'objet d'une décision séparée.

En l'état du dossier, l'assuré ne présente aucune séquelle en lien avec l'événement du 01.03.2017 sous réserve de l'IRM demandée au niveau du genou droit. »

Conformément à la suggestion de la Dre P.\_\_\_\_\_, le Prof. K.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a procédé à un consilium radiologique. Dans son rapport du 8 mai 2019, il a souligné que les radiographies standard et l'arthro-scanner permettaient d'exclure des lésions intra-articulaires. La seule chose qui ne pouvait pas être mise en

évidence était un éventuel œdème médullaire osseux, voire une tuméfaction des parties molles. Estimant qu'une IRM n'apporterait guère d'informations supplémentaires, le Prof. K. \_\_\_\_\_ a conclu qu'il n'y avait pas de lésion traumatique pouvant être imputée à la chute du 1<sup>er</sup> mars 2017, hormis une petite lésion fissuraire proximale du ligament collatéral médial, laquelle évoluait souvent de manière favorable grâce à un traitement conservateur bien conduit.

Le 3 juin 2019, la CNA a avisé l'assuré qu'elle mettait un terme au paiement des frais médicaux et de l'indemnité journalière en relation avec l'accident du 2 septembre 2016 avec effet au 30 juin 2019, au motif qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable.

Dans son avis médical du même jour, le Dr R. \_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a déclaré qu'il partageait l'analyse de la Dre P. \_\_\_\_\_ sur le plan somatique, en ce sens que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle de poseur de faux-plafonds mais qu'elle était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Sous l'angle psychiatrique, le Dr R. \_\_\_\_\_ s'est dit peu convaincu par la diminution de la capacité de travail, au demeurant non chiffrée, évoquée dans les rapports des 22 août 2018 et 16 janvier 2019 en lien avec des symptômes anxio-dépressifs. Aussi a-t-il demandé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. L'expert devait notamment éliminer la possibilité d'un syndrome post-traumatique (symptômes évocateurs en 2017 et 2018). Le Dr R. \_\_\_\_\_ l'estimait peu probable étant donné l'intervalle libre entre ces premières reviviscences et les faits possiblement générateurs.

Pour ce faire, l'office AI a mandaté le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 30 décembre 2019, il a exclu tout diagnostic incapacitant. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a posé les diagnostics suivants : troubles dépressifs récurrents légers (F 33.0) depuis novembre 2016 au présent, entrecoupés par des

rémissions partielles suivies de rechutes de troubles dépressifs moyens avec syndrome somatique ; traits de la personnalité mixte émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse actuellement non décompensé (Z 73.1) et trouble douloureux somatoforme persistant (F 45.4). En l'absence de limitations fonctionnelles objectivables significatives, l'expert a jugé que la capacité de travail était entière depuis le mois de septembre 2016 sans baisse de rendement tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Sollicité pour détermination, le Dr R. \_\_\_\_\_ a fait sienne l'appréciation de l'expert T. \_\_\_\_\_ (rapport du 20 janvier 2020).

Dans son projet de décision du 12 février 2020, l'office AI a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail complète dès le 2 septembre 2016. Toutefois, il disposait, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2019, d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieures à 10 kg du sol à la taille, pas de port de charges supérieures à 5 kg de la taille aux épaules et pas de port de charges supérieures à 2 kg au-dessus des épaules avec les deux mains). S'agissant de la détermination du degré d'invalidité, la comparaison des revenus avant et après invalidité conduisait au constat de l'absence de préjudice économique. Par conséquent, l'office AI a informé l'assuré qu'il comptait lui octroyer une rente entière d'invalidité pour la période comprise entre le 1<sup>er</sup> octobre 2017, compte tenu de la date du dépôt de la demande de prestations, et le 30 septembre 2019, date à laquelle la rente était supprimée au vu de l'amélioration de l'état de santé et de la capacité de gain.

En l'absence d'objections, l'office AI a entériné, par décision du 8 juillet 2020, l'octroi d'une rente entière d'invalidité conformément à son projet du 12 février précédent.

**B.**           **a)** Par acte du 24 août 2020, H. \_\_\_\_\_, représenté par Me Marie Signori, avocate, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre la décision du 8 juillet 2020 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa

réforme en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2017, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Il a fait valoir que, malgré le traitement médicamenteux prescrit, il souffrait quotidiennement depuis l'accident de septembre 2016 de douleurs insupportables, lesquelles affectaient également de manière considérable sa santé morale et psychique. A cet égard, il a indiqué qu'il était suivi à la consultation du Dr D.\_\_\_\_\_, selon lequel il présentait un trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen avec syndrome somatique) à l'origine d'une incapacité totale de travail au plan psychique. Ainsi, au vu de ses importants problèmes de santé orthopédique, rhumatologique et psychiatrique, l'assuré estimait que sa capacité de travail était nulle en toute activité, ce qui justifiait selon lui l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2017 et son maintien au-delà du 30 novembre 2019 [recte : 30 septembre 2019]. Il s'est encore « réserv[é] de solliciter une audience publique » au cours de laquelle il entendait développer ses arguments.

**b)** Dans sa réponse du 22 octobre 2020, l'office AI a relevé que, dans son mémoire de recours, l'assuré ne s'appuyait sur aucun élément médical objectivement vérifiable de nature à remettre en cause le résultat des investigations entreprises. N'ayant par conséquent rien à ajouter aux éléments contenus dans le dossier constitué, il a conclu au rejet du recours.

**c)** Le 15 mars 2021, l'assuré a transmis à la Cour de céans les documents suivants :

- un rapport établi le 27 avril 2020 par les Dres G.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, respectivement médecin adjointe et médecin assistante à la clinique de rhumatologie de l'Hôpital V.\_\_\_\_\_. Elles y posaient les diagnostics de cervicobrachialgies droites chroniques et mécaniques d'origine mixte, de lombalgies chroniques non spécifiques, de gonalgies avec syndrome fémoropatellaire des deux

côtés et lésion de la corne postérieure du ménisque interne, d'hypovitaminose D et B9 sévère substituées et de status post tests hépatiques discrètement perturbés le 6 février 2020 sur probable prise chronique de Dafalgan. En ce qui concernait les douleurs au niveau de l'épaule droite, elles s'aggravaient avec le mouvement, s'amélioraient avec le repos et étaient associées à un dérouillage matinal de quelques minutes au maximum. Elles pouvaient déranger l'assuré durant la nuit s'il dormait sur l'épaule droite. Celui-ci rapportait également qu'elles pouvaient irradier comme des décharges électriques jusqu'au niveau des doigts 4 et 5 droits, parfois associées à des fourmillements. Les Dres G.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ n'avaient pas d'option thérapeutique à proposer du point de vue rhumatologique au vu de l'échec des thérapies mises en œuvre par le passé. S'agissant des douleurs au niveau du genou droit, ces médecins relevaient qu'une IRM pratiquée le 28 juin 2019 avait mis en évidence une déchirure horizontale de la corne postérieure du ménisque interne. A la suite de ces résultats, l'assuré souhaitait discuter avec le Prof. F.\_\_\_\_\_ d'une éventuelle indication opératoire. Concernant les lombalgies, elles préconisaient de la physiothérapie active pour le renforcement de la musculature de la colonne lombaire et du bassin. Quant aux cervicalgies, il s'agissait de douleurs chroniques au vu de la présence de pièces métalliques à la suite de l'explosion d'une bombe en Bosnie ;

- un rapport du 23 octobre 2020 du Prof. F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans lequel il rendait compte de la consultation du 18 mai 2020. Selon ses constatations, le genou droit fléchissait partiellement à 115° avec une extension complète ; il était par ailleurs stable et ne présentait pas d'épanchement. Si une chirurgie arthroscopique était envisageable en vue d'une méniscectomie partielle, le résultat d'une telle intervention demeurerait toutefois incertain quant à l'effet antalgique et à la récupération fonctionnelle. D'après le Prof. F.\_\_\_\_\_, l'origine de cette lésion était compatible avec une lésion

dégénérative mais, vu l'absence d'autres signes dégénératifs dans le genou, une origine traumatique était hautement vraisemblable ;

- un rapport du 27 janvier 2021 du Dr C.\_\_\_\_\_, médecin au sein du cabinet de consultation du Dr D.\_\_\_\_\_, dans lequel il posait le diagnostic de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) avec syndrome somatique (F 33.11) à l'origine d'une incapacité de travail totale en toute profession. Les limitations fonctionnelles consistaient notamment en un épuisement physique et psychique, un stress permanent, une altération de la concentration et de l'attention, une instabilité émotionnelle, des symptômes de traumatisme du passé, une irritabilité, des oublis, des angoisses envahissantes avec des symptômes neurovégétatifs et des douleurs invalidantes.

L'assuré déduisait des pièces produites une incapacité totale de travail, tant sur le plan somatique que psychique. Il maintenait donc intégralement ses conclusions.

**d)** A l'appui de sa duplique du 6 avril 2021, l'office AI a transmis l'avis établi le 22 mars 2021 par le Dr R.\_\_\_\_\_. Sur le plan psychique, l'estimation de la capacité de travail relevait d'une appréciation différente d'un même état de fait. Au demeurant, elle n'émanait pas d'un médecin psychiatre. Du point de vue orthopédique, la déchirure méniscale retrouvée à l'IRM du 28 juin 2019 - dont il n'avait pas eu connaissance auparavant - n'était pas de nature à modifier les limitations fonctionnelles connues. Quant à l'arthrose débutante aux deux genoux, elle avait déjà été prise en compte. Il n'y avait donc pas d'élément objectif justifiant un réexamen de la capacité de travail. Dans ces conditions, l'office AI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours.

**e)** A son courrier du 4 juin 2021, l'assuré a joint un rapport dressé le 3 mai 2021 sous la signature des Drs D.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_. Après avoir évoqué divers points sur lesquels leur appréciation divergeait de celle du Dr T.\_\_\_\_\_, notamment l'évaluation de la dépression au

moyen des échelles de Beck et Hamilton, ils retenaient les diagnostics de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) sans syndrome somatique (F 33,11) et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F 62.0). Ayant fait état de tendances suicidaires, les médecins prénommés ont qualifié de préoccupant l'état de santé psychique de l'assuré et estimé que sa capacité de travail était nulle aussi bien dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

Selon l'assuré, dans la mesure où ce rapport se fondait sur des examens cliniques complets, il revêtait une pleine valeur probante pour résoudre la question du degré d'incapacité de travail, respectivement celles du rendement et des limitations fonctionnelles.

**f)** Par pli du 1<sup>er</sup> juillet 2021, l'office AI a indiqué avoir soumis le rapport du 3 mai 2021 au Dr R.\_\_\_\_\_. Dans son avis du 28 juin 2021, il concluait que ce rapport ne fournissait aucun élément objectif d'aggravation de l'état de santé. Ainsi, en l'absence d'élément de nature à modifier l'évaluation de la capacité de travail, la décision litigieuse ne prêtait pas flanc à la critique, si bien que le recours devait être rejeté.

**g)** Le 30 août 2021, l'assuré a indiqué avoir soumis l'avis du 28 juin 2021 aux Drs D.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_. Dans leur rapport du 27 août 2021, ils maintenaient leurs constatations cliniques et explicitaient les diagnostics posés dans leur précédent rapport. Selon eux, la reconnaissance d'une invalidité pourrait permettre à leur patient de diminuer sa souffrance et, par là-même, de parvenir à un meilleur équilibre psychosocial.

## **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. a)** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2019, singulièrement sur son degré d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juillet 2019.

**b)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 8 juillet 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle

est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**c)** Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (cf. considérant 2b ci-dessus), si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la

capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, 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.

**4. 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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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

motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**c)** Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il convient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée ; TF 9C\_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C\_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1 ; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

**d)** 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 asséculologique. 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).

**5. a)** En l'espèce, aux termes de la décision attaquée, l'intimé a retenu que l'état de santé du recourant s'était amélioré au plus tard en juillet 2019 et qu'il disposait depuis lors d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Le recourant conteste cette appréciation en faisant valoir que ses problèmes de santé somatiques et psychiques excluent toute capacité de travail en quelque activité que ce soit.

Il est constant que l'assuré s'est vu allouer une rente entière d'invalidité entre le 1<sup>er</sup> octobre 2017 et le 30 septembre 2019, eu égard aux atteintes à l'épaule droite et au genou droit résultant des accidents dont il a été victime les 2 septembre 2016 et 1<sup>er</sup> mars 2017, et qui empêchaient toute activité de sa part. Au regard de l'objet du présent litige, il n'y a pas lieu de revenir sur l'octroi de cette prestation. Il convient d'examiner si, comme il le prétend, le recourant présentait encore une atteinte invalidante au-delà du mois de juin 2019.

**b)** Dans son rapport du 25 avril 2019, la Dre P.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des douleurs persistantes de l'épaule droite avec impotence fonctionnelle persistante au-delà de 90° dans les suites d'un traumatisme de l'épaule droite survenu le 2 septembre 2016 ayant entraîné une lésion SLAP IIa et une lésion partielle du sous-scapulaire, une tendinopathie du long chef du biceps ayant nécessité une arthroscopie de l'épaule droite le 26 septembre 2017 ainsi que des douleurs du genou droit persistantes au niveau du compartiment interne d'origine indéterminée. A titre de diagnostics secondaires, elle a notamment retenu des lombalgies en lien avec une discarthrose L4-L5 associée à une protrusion discale diffuse et

une petite hernie médiane entraînant un rétrécissement des récessi latéraux d'origine dégénérative ainsi qu'une arthrose débutante des deux genoux.

L'examen clinique a mis en évidence, s'agissant de l'épaule droite, une amyotrophie de la loge sus-épineuse avec une limitation de la mobilité de l'épaule dans toutes les amplitudes avec une flexion antérieure atteignant difficilement 100° mais dont les gestes ne dépassaient pas 90° ; l'abduction était à 70° et les rotations interne et externe étaient également limitées. S'il n'y avait pas d'amyotrophie du membre supérieur droit, la Dre P.\_\_\_\_\_ a toutefois constaté une diminution de la force au test de Jamar même si les valeurs étaient quelque peu aléatoires. Selon elle, la situation concernant l'épaule droite pouvait être considérée comme stabilisée et les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : pas de mouvements répétés du membre supérieur droit, pas de mouvements répétés du membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale, pas de mouvements en porte-à-faux du membre supérieur droit, pas de port de charges supérieures à 10 kg du sol à la taille, pas de port de charges supérieures à 5 kg de la taille aux épaules et pas de port de charges supérieures à 2 kg au-dessus des épaules avec les deux mains. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de l'épaule, la capacité de travail était entière, sans diminution de rendement.

S'agissant du genou droit, la Dre P.\_\_\_\_\_ a relevé que les radiographies effectuées le 31 mai 2017 n'avaient pas révélé de lésion structurelle pouvant être imputée à l'accident du 1<sup>er</sup> mars 2017 mais une gonarthrose bilatérale prédominant sur le compartiment interne. Compte tenu de la présence de tests méniscaux internes positifs décrits dans la consultation effectuée par le Dr L.\_\_\_\_\_ le 27 mars 2017, la Dre P.\_\_\_\_\_ a suggéré la réalisation d'une IRM du genou droit afin de confirmer - ou non - l'existence de lésions structurelles ensuite de la chute du 1<sup>er</sup> mars 2017. Aussi a-t-elle retenu les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : pas de travail sur des terrains irréguliers, pas

d'activité nécessitant la montée ou la descente répétée d'escaliers ni de positions accroupies ou à genoux répétées.

Enfin, la Dre P. \_\_\_\_\_ a exclu toute limitation fonctionnelle s'agissant du dos.

**c)** Aucun des rapports médicaux postérieurs au 25 avril 2019 n'apporte d'éléments contraires à l'évaluation de la Dre P. \_\_\_\_\_, ni d'éléments ignorés, s'agissant de l'épaule droite et du genou droit (sous réserve des observations du SMR du 22 mars 2021).

**aa)** Dans son consilium radiologique du 8 mai 2019, le Prof. K. \_\_\_\_\_ n'a retenu, après avoir analysé les documents radiologiques à sa disposition, qu'une petite lésion fissuraire proximale du ligament collatéral médial, sans toutefois conclure à l'existence d'une lésion traumatique pouvant être imputée à la chute du 1<sup>er</sup> mars 2017. En l'absence d'autres éléments significatifs concernant le genou droit, il n'a pas estimé utile de compléter le bilan par une IRM, au demeurant contre-indiquée en raison de la présence d'un corps étranger métallique au niveau de la portion postérieure de la nuque.

**bb)** S'il partageait l'avis de la Dre P. \_\_\_\_\_ selon laquelle la capacité de travail du recourant était nulle dans son activité habituelle de monteur de plafonds, le Prof. F. \_\_\_\_\_ ne s'est en revanche pas prononcé sur la capacité de travail dans une activité adaptée et il ne peut rien être inféré de son rapport du 23 octobre 2020 (consultation du 18 mai 2020) s'agissant des limitations fonctionnelles.

**cc)** Il en va de même s'agissant du rapport de la Dre G. \_\_\_\_\_ du 27 avril 2020. En effet, elle ne se prononce pas davantage sur la question de la capacité de travail ni sur celle des limitations fonctionnelles.

**dd)** Tant le rapport de la Dre G. \_\_\_\_\_ du 27 avril 2020 que celui du Prof. F. \_\_\_\_\_ du 23 octobre 2020 ne permettent pas non plus de

retenir une quelconque diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée en relation avec les cervicalgies et les lombalgies.

**d)** En résumé, les rapports médicaux établis postérieurement au 25 avril 2019 ne contiennent pas d'éléments permettant de retenir une modification de l'état de santé somatique affectant différemment la capacité de travail au-delà du mois de juillet 2019.

**6. a)** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

**b)** Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

**c)** Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le

soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

**7.** Il convient d'examiner la valeur probante de l'expertise du Dr T.\_\_\_\_\_ et de confronter son appréciation à celle de ses confrères psychiatres au moyen de la grille d'évaluation décrite ci-dessus.

**a)** En matière d'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est pertinent (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 8C\_112/2018 du 24 avril 2018 consid. 4.3). Est seul décisif le fait que le diagnostic s'appuie légitimement sur les critères d'un système de

classification reconnu, avec indication du degré de gravité de la symptomatologie ainsi que des limitations fonctionnelles (TF 9C\_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et la jurisprudence citée).

**aa)** En l'occurrence, il apparaît que le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F 62.0) posé par le Dr D.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 3 mai 2021 est nouveau, ce qui ne manque pas de surprendre. En effet, comme le relève le Dr R.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 28 juin 2021, il n'est mentionné ni dans le rapport du 8 novembre 2017, ni dans celui du 16 janvier 2019 pas plus que dans celui du 27 janvier 2021. Dans son rapport du 27 août 2021, le Dr D.\_\_\_\_\_ justifie ce diagnostic en expliquant qu'au fil de la thérapie, le recourant s'était progressivement senti en confiance et avait dès lors pu se confier au sujet de son passé en transmettant à son thérapeute une partie de sa vie qu'il ignorait. Selon les termes du Dr D.\_\_\_\_\_, son patient décrivait ainsi une sorte de « congélation » de ses émotions en lien avec son passé traumatique. Sans s'attarder sur le caractère quelque peu embarrassé de ces explications, il convient surtout de relever que l'expert T.\_\_\_\_\_ aborde la question de l'état de stress post-traumatique - lequel précède une modification durable de la personnalité ensuite d'une expérience de catastrophe - pour en nier l'existence. En effet, l'entretien d'expertise n'a pas révélé d'état de stress post-traumatique, malgré des souffrances subies dans le pays d'origine de l'assuré où celui-ci retourne du reste régulièrement en vacances (cf. rapport d'expertise du 30 décembre 2019, p. 35). Il sera également relevé que le diagnostic précité ne paraît pouvoir être retenu en présence d'une activité professionnelle préservée pendant plusieurs années après la fin de l'exposition à la guerre ainsi que du maintien de relations affectives et familiales adéquates.

**bb)** Alors que, dans son rapport du 3 mai 2021, le psychiatre traitant impute l'incapacité de travail au trouble dépressif sans toutefois donner aucune indication chiffrée de la limitation de la capacité de travail sur le plan psychique, la cause de dite incapacité serait principalement somatique aux termes de son rapport du 22 août 2018 ; il en va de même

dans le rapport du 16 janvier 2019 : les plaintes physiques restent au premier plan et limitent la capacité de travail ; cette versatilité relativise la valeur de l'appréciation du psychiatre traitant.

**cc)** Si l'expert et le psychiatre traitant s'accordent s'agissant de l'existence d'un trouble dépressif, leur appréciation diverge quant à son degré de gravité. Tout en pesant avec prudence l'opinion du Dr D.\_\_\_\_\_, enclin à plus d'empathie à l'égard de son patient (cf. considérant 4d ci-dessus), il convient de relever que l'expert n'a pas exclu un degré de gravité moyen par le passé et envisage même une évolution vers un degré sévère en l'absence d'adaptation de la prise en charge (cf. rapport d'expertise du 30 décembre 2019, pp. 44 et 46). Cela étant, le rythme - mensuel - des consultations, tel qu'annoncé au moment de l'expertise, et l'abandon par le recourant du traitement médicamenteux anti-dépresseur tendent plutôt à conforter l'avis de l'expert quant à un degré de gravité léger, tout comme la capacité du recourant à maintenir certaines activités (promenades, moments de convivialité passés en famille ou avec des amis, tâches physiques légères, conduite automobile, intérêt pour des émissions télévisées, séjour dans son pays d'origine à l'occasion des vacances). Le psychiatre traitant entend tirer argument de l'existence d'une dépression moyenne en opposant l'évaluation de la dépression suivant qu'elle est effectuée au moyen de l'échelle de Beck ou de celle d'Hamilton (rapport du 3 mai 2021). Il ressort des explications du Dr R.\_\_\_\_\_ à cet égard que la première repose sur les réponses de l'assuré à diverses questions (auto-évaluation) et a donc une valeur purement anamnestique alors que l'échelle de Hamilton implique que le psychiatre choisisse l'une des réponses proposées en interrogeant le patient et en observant ses symptômes. La cotation différente mentionnée par le psychiatre traitant avec celle de l'expert ne traduit donc pas une aggravation objective car il s'agit d'un procédé différent (cf. avis médical du 28 juin 2021). Quant à l'aggravation de la symptomatologie dépressive nécessitant des consultations hebdomadaires depuis le mois de décembre 2020 (cf. rapport du 3 mai 2021, p. 3), elle est postérieure à la décision litigieuse (datée du 8 juillet 2020) et sort donc du cadre du présent litige

(ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 2).

**b)** Il s'agit à présent d'apprécier la capacité de travail du recourant au moyen des indicateurs développés par la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. considérant 6 ci-dessus). On examinera en premier lieu l'axe « atteinte à la santé ».

**aa)** Sous l'angle du degré de gravité fonctionnel, un trouble dépressif léger ne limite généralement pas la capacité de travail et aucun élément objectif ne permet de retenir le contraire. Le Dr D.\_\_\_\_\_ ne donne aucune indication sur une quelconque incapacité de travail découlant du trouble somatoforme douloureux et l'avis expertal du Dr T.\_\_\_\_\_ peut être suivi s'agissant de cette atteinte. Après avoir analysé les critères diagnostiques du trouble somatoforme douloureux et les indicateurs jurisprudentiels de gravité (degré de gravité fonctionnel, succès du traitement et de la réadaptation et résistance à cet égard, comorbidités, ressources personnelles, contexte social, cohérence, limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie, poids des souffrances), l'expert a conclu que ces derniers n'étaient pas remplis. Quant aux traits de personnalité tels que diagnostiqués par l'expert (traits mixtes de personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse actuellement non décompensés - Z 73.1), ils n'ont en principe pas valeur de maladie psychiatrique (cf. par exemple TF 9C\_894/2015 du 25 avril 2016 consid. 5.1). Ils n'ont d'ailleurs pas empêché le recourant de travailler régulièrement par le passé, notamment pendant de nombreuses années auprès du même employeur. Le recourant insiste aussi sur son incapacité à gérer ses affaires administratives. Or il apparaît que c'est sa fille, respectivement sa femme qui s'en occupent en raison de sa faible maîtrise de la langue française (cf. rapport d'expertise du 30 décembre 2019, p. 22 et compte-rendu du 15 novembre 2017 d'un entretien entre l'assuré, sa fille et un inspecteur de la CNA). Les difficultés alléguées n'ont donc pas de rapport avec l'atteinte à la santé. Le test des matrices de Raven, destiné à mesurer une éventuelle déficience intellectuelle, révèle au demeurant une exagération des

plaintes cognitives (cf. rapport d'expertise du 30 décembre 2019, p. 28). Il convient enfin de relever que le recourant lui-même impute son incapacité de travail à ses douleurs (cf. rapport d'expertise précité, pp. 17, 24 et 37) ainsi qu'à des facteurs ne relevant pas d'une atteinte à la santé, tels que l'âge et les difficultés linguistiques (ibidem, pp. 25, 39, 40 et 46) et non au trouble dépressif considéré comme incapacitant par le psychiatre traitant (cf. rapport du 3 mai 2021).

**bb)** Compte tenu de l'évolution globalement stationnaire des troubles dépressifs récurrents légers depuis le mois de septembre 2016, l'expert a qualifié le traitement mis en place de peu adéquat. Aussi a-t-il suggéré un suivi psychiatrique hebdomadaire centré sur le lien entre les algies et les traits de la personnalité, ses avantages asséurologiques primaires et secondaires. En outre, un traitement antidépresseur devait permettre de réduire le risque d'évolution vers un trouble dépressif sévère et de diminuer les algies de l'assuré puisqu'un traitement de duloxétine et de prégabaline n'aurait pas été essayé quotidiennement selon ses dires.

**cc)** D'après l'expert, la motivation pour une réadaptation professionnelle était faible, l'assuré estimant avoir droit à une rente entière d'invalidité au vu de ses douleurs, de sa fatigue et du fait qu'il lui paraissait difficile de retrouver un emploi en raison de son âge. Le pronostic réservé formulé par l'expert quant à la reprise d'une activité professionnelle s'expliquait ainsi par l'existence de bénéfices secondaires en lien avec des facteurs tels que l'âge, le status algique, une période prolongée d'inactivité professionnelle et une faible connaissance du français.

**dd)** S'agissant de l'influence des comorbidités, l'expert a relevé que l'existence d'un trouble dépressif récurrent léger et de traits mixtes de la personnalité constituaient des troubles entraînant des limitations fonctionnelles psychiatriques non significatives et non objectivables. En effet, l'assuré parvenait à gérer son quotidien sans difficultés dans des activités physiquement légères, à se promener, à

discuter avec des amis, à regarder la télévision, voire à partir en vacances dans son pays d'origine.

**c)** Concernant l'« axe personnalité », l'anamnèse effectuée lors de l'expertise n'a pas mis en évidence de comportements durables et stables nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement, si bien que l'expert a exclu un trouble de la personnalité. Il a toutefois retenu, selon les critères diagnostiques de la CIM-10, des traits mixtes de personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse qui décompensaient ponctuellement dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent léger depuis le mois de septembre 2016 jusqu'au jour de l'expertise. Ces traits de personnalité, présents depuis le début de l'âge adulte, n'avaient cependant pas empêché l'assuré de travailler dans le passé sans limitations ni de mener une vie conjugale, amicale et familiale plutôt stable.

**d)** S'agissant du contexte social, le Dr T. \_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré, au moment de l'expertise, conservait des capacités et ressources personnelles, dans la mesure où il parvenait à gérer son quotidien sans difficultés d'un point de vue purement psychiatrique hormis les activités physiquement lourdes. Par ailleurs, il entretenait de bonnes relations avec quelques connaissances qu'il fréquentait ponctuellement, ce qui a conduit l'expert à ne retenir qu'un isolement social partiel et non pas total. Comme déjà relevé (cf. considérant 7b/dd ci-dessus), il arrivait aussi à l'assuré de se promener, de regarder la télévision et de partir en vacances. L'expert n'a donc pas retenu de limitations fonctionnelles psychiatriques significatives et uniformes dans tous les domaines de la vie courante.

**e) aa)** L'expert T. \_\_\_\_\_ a objectivé une bonne cohérence entre la plupart des plaintes subjectives et le constat objectif. Il a indiqué que le décalage existant entre la fatigue, le status algique et le constat objectif s'inscrivait dans un contexte de traits mixtes de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif avec des bénéfices primaires et secondaires (peur de ne pas retrouver un emploi en raison de l'âge), mais sans exagération volontaire des plaintes.

**bb)** Finalement, en relation avec le poids des souffrances, il convient de retenir qu'il est à tout le moins tenu au regard des constatations opérées par le Dr T.\_\_\_\_\_. En effet, l'assuré présentait une motivation faible pour une réadaptation professionnelle dans un contexte algique, d'endettement et de déconditionnement s'étendant sur plusieurs années. A cela s'ajoutait une motivation qualifiée de moyenne pour un suivi psychiatrique et de nulle s'agissant des psychotropes proposés. Quant aux avantages secondaires, ils étaient décrits spontanément, l'assuré estimant ne pas pouvoir retrouver un emploi à son âge, après une longue période d'inactivité professionnelle et dans un contexte algique.

**f)** A la lumière des considérations développées ci-dessus, l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr T.\_\_\_\_\_ contient suffisamment d'éléments permettant d'analyser l'état de santé psychique du recourant à l'aune de la grille d'évaluation normative et structurée élaborée par le Tribunal fédéral. Ainsi, et compte tenu de l'ensemble de ces circonstances, il n'apparaît effectivement pas que les atteintes du registre psychique présentent un caractère incapacitant.

**8.** Sur le vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, il convient de retenir, à l'instar de l'intimé, que l'état de santé du recourant s'est effectivement amélioré à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2019, l'incapacité totale de travail ayant pris fin à cette date. Partant, l'intimé était fondé à supprimer la rente d'invalidité servie au recourant avec effet au 30 septembre 2019, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI. Au-delà de cette date, le recourant a retrouvé une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**9.** Doit encore être examinée la question de la tenue de débats publics.

**a)** L'art. 30 al. 3 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) selon lequel l'audience et le prononcé du jugement sont publics, ne confère pas au justiciable de droit à une

audience publique. Il se limite à garantir qu'une telle audience se déroule publiquement lorsqu'il y a lieu d'en tenir une. Le droit à des débats existe seulement pour les causes qui bénéficient de la protection de l'art. 6 par. 1 CEDH (Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101), lorsque la procédure applicable le prévoit ou lorsque sa nécessité découle des exigences du droit à la preuve (cf. ATF 128 I 288 consid. 2). L'art. 6 par. 1 CEDH garantit notamment à chacun le droit à ce que sa cause soit entendue publiquement.

La tenue de débats publics doit, sauf circonstances exceptionnelles non réunies en l'espèce, avoir lieu devant les instances judiciaires précédentes. Il appartient à ce titre au recourant, sous peine de forclusion, de présenter une demande formulée de manière claire et indiscutable. Saisi d'une telle demande, le juge doit en principe y donner suite. Il peut cependant s'en abstenir dans les cas prévus par l'art. 6 par. 1, deuxième phrase, CEDH, lorsque la demande est abusive (chicanière ou dilatoire), lorsqu'il apparaît clairement que le recours est infondé, irrecevable ou, au contraire, manifestement bien fondé ou encore lorsque l'objet du litige porte sur des questions hautement techniques (ATF 141 I 97 consid. 5.1 ; cf. aussi TF 9C\_320/2019 du 9 décembre 2019 consid. 4.1 et 8C\_528/2017 du 19 décembre 2017 consid. 1.3 et les références).

**b)** Dans son mémoire de recours, le recourant a présenté, sous l'intitulé « moyens de preuve », la demande suivante :

« Le recourant se réserve de solliciter une audience publique, qui lui permettra de s'exprimer sur la présente procédure. Il se réserve également de solliciter ultérieurement tout autre moyen de preuve utile, soit, notamment, le témoignage de tiers. »

Si le recourant a certes demandé à être entendu oralement, il a déposé sa requête dans le cadre de « moyens de preuve ». Or, si le recourant entendait requérir une audience publique au sens de l'art. 6 CEDH, il lui incombait de le signaler en formulant une conclusion claire en ce sens (cf. TF 9C\_136/2021 du 10 décembre 2021 consid. 4 et la référence), ce qu'il n'a pas fait. Cette exigence de clarté n'apparaît en

outre pas excessive, compte tenu en particulier du fait que l'intéressé est assisté d'une avocate. En l'occurrence, le recourant s'est seulement réservé le droit de solliciter une audience publique, sans confirmer ultérieurement de manière explicite sa requête tendant à la tenue de débats publics. Dans ces circonstances, telle que formulée, cette requête ne suffit pas pour fonder l'obligation d'organiser des débats publics au sens de l'art. 6 CEDH. On rappellera enfin que les garanties minimales de l'art. 29 al. 2 Cst. en matière de droit d'être entendu ne confèrent pas le droit d'être entendu oralement par l'autorité (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3 et les références).

**10.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse.

**11. a)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

**b)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 8 juillet 2020 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 H.\_\_\_\_\_.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Marie Signori, avocate (pour H. \_\_\_\_\_),
- 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).

Le greffier :