

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} juillet 2021

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
MM. Peter et Bosson, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

N. _____, à [...], recourant, représenté par Me Laurent Damond, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 17 LPGa ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. N._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1963, exerçait l'activité de chauffeur privé, lorsqu'il a été victime, le 14 octobre 2011, d'un accident professionnel occasionnant une torsion du genou droit.

Le 28 mars 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant, quant au genre de l'atteinte, une déchirure des ligaments du genou droit.

Le dossier de l'assuré constitué auprès de L._____SA (ci-après : L._____SA ou l'assureur-accidents) a été versé au dossier ouvert auprès de l'OAI.

Il en résulte en particulier que l'assuré a subi deux interventions en raison d'une déchirure complexe de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit. La première a été réalisée le 15 mars 2012 et la seconde en date du 14 juin 2012 par le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique.

Par lettre du 28 novembre 2012, l'employeur de l'assuré l'a licencié avec effet au 31 janvier 2012, délai reporté au 30 juin 2012, en raison des incapacités de travail attestées.

Devant l'évolution défavorable à la suite des deux interventions effectuées au genou droit, le Dr I._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur a préconisé, dans un rapport du 10 janvier 2013, une prise en charge multidisciplinaire à la Clinique Q._____ (Clinique Q._____). Ce médecin n'a constaté aucune lésion osseuse et n'a pas trouvé de cause orthopédique ou mécanique en relation avec les douleurs importantes ressenties par l'assuré au genou droit. Il n'a pas estimé qu'un nouvel acte chirurgical était nécessaire.

Un examen complémentaire (Spect-CT) demandé par le Dr I._____ a fourni des images compatibles avec une algodystrophie du genou droit de l'assuré. En revanche, il n'y avait pas de signe scintigraphique pour une inflammation focale ou une ostéonécrose de ce genou.

L'assuré a effectué un premier séjour à la Clinique Q._____ du 19 février au 28 mars 2013. Dans un rapport du 10 avril 2013, les médecins de la Clinique Q._____ ont posé les diagnostics d'algoneurodystrophie du genou droit expliquant les plaintes et limitations fonctionnelles constatées durant le séjour, ainsi qu'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, sans qu'un traitement médicamenteux ne soit indiqué. Ils ont conclu qu'il n'y avait pas eu d'évolution significative durant le séjour et ont proposé, après avoir tenté diverses techniques, la réalisation d'une infiltration périurale chez ce patient lombalgique chronique, en raison de la présence de discopathies étagées, de deux hernies discales pouvant être source de conflit avec les racines L4 et L5 droite et participer au tableau clinique. L'examen neurologique avait toutefois exclu une neuropathie. A titre de limitations fonctionnelles provisoires, la situation médicale n'étant pas stabilisée, les médecins de la Clinique Q._____ ont retenu la position debout ou assise prolongée, la marche sur terrain irrégulier, monter et descendre des escaliers, le port de charges et les positions accroupies et à genoux.

Dans un rapport du 11 avril 2013 à L._____SA, le Dr U._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, mentionnait une évolution défavorable, le patient présentant toujours des douleurs importantes au niveau du genou droit et préconisait une nouvelle prise en charge à la Clinique Q._____ pour un bilan clinique, une évaluation et un traitement.

Dans un questionnaire de l'OAI adressé à l'employeur, celui-ci a indiqué, le 19 avril 2013, un revenu mensuel brut de 6'000 fr., soit de 5'397 fr. nets.

Par communication du 15 mai 2013, l'OAI a fait part à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, la situation médicale n'étant pas stabilisée et la capacité de travail toujours nulle.

Dans un rapport du 4 septembre 2013, la Dre K._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant du recourant, a diagnostiqué une algoneurodystrophie du genou droit post entorse, un trouble de l'adaptation avec réactions mixtes anxieuse et dépressive, des lombosciatalgies chroniques sur discopathies multi-étagées et hernie discale L3-L4 et L4-L5, ainsi qu'une obésité de stade II et a conclu à une capacité de travail nulle dans toute activité. Elle a précisé que son patient était pris en charge par le Dre M._____, spécialiste en anesthésiologie pour une antalgie interventionnelle.

L'assuré a séjourné une seconde fois à la Clinique Q._____ du 23 septembre au 4 octobre 2013. A cette occasion, une tentative de mise en place d'un bloc fémoral droit par neurostimulation puis d'un bloc saphène n'a pas eu les effets escomptés, l'allodynie de la face interne du genou restant inchangée. A l'issue de ce second séjour, la situation médicale n'était toujours pas stabilisée et les limitations fonctionnelles restaient identiques à celles retenues à l'issue du premier séjour à la Clinique Q._____. Aucun diagnostic psychiatrique n'a été retenu. La capacité de travail restait nulle.

En date des 11 avril et 9 mai 2014, l'assuré a subi deux interventions au Centre de traitement de la douleur de l'Hôpital de [...], réalisées par la Dre M._____, pour la mise en place d'une électrode dans l'espace épidual à but antalgique qui s'est révélée être un échec.

Une expertise médicale orthopédique et neurologique a été réalisée sur demande de la L. _____ SA et confiée au Centre d'expertises B. _____ (Centre d'expertises B. _____), en particulier aux Drs Z. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et S. _____, spécialiste en neurologie. Dans leur rapport y relatif du 13 juin 2014, les médecins précités ont retenu les diagnostics de déchirure du ligament croisé antérieur (LCA) et du ménisque interne du genou droit, d'algoneurodystrophie du membre inférieur droit (syndrome douloureux régional complexe) et de troubles algiques et sensitivomoteurs du membre inférieur droit (MID) sans substrat neurologique clairement objectivable ainsi que de lombalgies sur troubles dégénératifs disco-vertébraux pluri-étagés avec hernie discale L3-L4 luxée vers le bas, mais sans évidence anamnétique, clinique et électromyographique de compression radiculaire certaine. Ils ont conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de chauffeur privé et à une capacité de travail possible dans une activité adaptée sans toutefois donner le pourcentage exigible en raison des traitements médicaux toujours en cours concernant l'algoneurodystrophie.

Dès lors que l'état de santé n'était pas stabilisé et que la L. _____ SA a constaté des contradictions entre les déclarations de l'assuré aux experts du Centre d'expertises B. _____ et son comportement (en particulier la conduite d'une voiture - état de fait que celui-ci a reconnu selon un procès-verbal d'entretien du 16 septembre 2014), une nouvelle expertise orthopédique a été ordonnée par la L. _____ SA et confiée, cette fois-ci, au Dr P. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 8 janvier 2015, l'expert a retenu les diagnostics d'entorse du genou droit avec rupture du LCA et méniscectomie partielle sélective du ménisque interne, de probable trouble somatoforme à confirmer par un expert psychiatre, d'obésité, d'hypertension artérielle et de syndrome d'apnée du sommeil traité. Il a conclu, sur le plan orthopédique, à une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle depuis janvier 2015. Il a également noté que l'algoneurodystrophie était objectivement peu marquée, comme l'attestait l'examen clinique, en l'absence d'œdème, de

rougeur ou de chaleur mais uniquement en présence de douleurs, de même que les images par scintigraphie. L'expert a encore relevé une exagération des plaintes et une autolimitation massive chez l'assuré. N'ayant pas clairement d'explication pour l'ensemble du tableau clinique qui contrastait manifestement avec des éléments pour lesquels l'assuré ne répondait pas, le Dr P._____ a conclu à un diagnostic de trouble somatoforme, lequel devait toutefois être confirmé par un expert psychiatre.

Dans un avis du 8 mai 2015, les médecins du SMR ont mentionné que les conclusions du Dr P._____ pouvaient être suivies s'agissant de l'aspect somatique, soit une pleine capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle dès janvier 2015 et dans toute activité adaptée à sa pathologie lombaire, sachant que les autres affections somatiques n'engendraient pas de limitations fonctionnelles. Sur le plan psychiatrique, une expertise devait être mise sur pied pour lever les doutes que le Dr P._____ faisait planer au terme de son rapport.

Sur demande de l'OAI, la Dre T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin au sein du Centre de psychiatrie et de psychothérapie X._____, qui suit l'assuré depuis le 15 septembre 2015, a, dans un rapport du 3 mai 2016, posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail, d'épisode dépressif sévère, sans symptômes somatiques (F32.2) et d'algoneurodystrophie du genou droit. Elle a retenu une capacité de travail nulle dans toute activité, en raison notamment d'une perte de motivation, d'intérêt, de difficultés de concentration et d'une fatigabilité.

Par avis du 31 mai 2015, le SMR a confirmé la nécessité de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, dès lors que la Dre T._____ concluait curieusement à une incapacité de travail depuis 2011 alors que la pathologie psychiatrique datait seulement de septembre 2015.

Dans un rapport du 6 juin 2016, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a précisé qu'il n'y avait pas d'indication chirurgicale à envisager et qu'il était urgent que le patient bénéficie d'une prise en charge globale physique et psychosomatique.

Dans un rapport du 3 janvier 2017, le Dr F._____, chef de clinique adjoint au Département A._____, (Département A._____) du Centre hospitalier D._____, Centre hospitalier D._____), a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome douloureux chronique complexe du genou droit dans le cadre d'un status après entorse grave du genou droit avec rupture du LCA et une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne, de lombalgies chroniques dans un contexte de troubles dégénératifs étagés et de fibromyalgie. Il a mentionné quant au pronostic que le patient présentait des douleurs rachidiennes avec des troubles statiques sévères. Un premier bilan radiologique avait montré des herniations étagées, raison pour laquelle un nouveau bilan sous forme d'IRM [imagerie par résonance magnétique] avait été effectué. Ce deuxième bilan était plutôt rassurant et montrait une régression des lésions herniaires. Il y avait un déconditionnement global et une approche psychique semblait fondamentale. Le Dr F._____ concluait à une capacité de travail nulle dans toute activité.

Dans son rapport d'expertise du 26 avril 2017, le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu le diagnostic principal de trouble somatoforme, sous-type trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et le diagnostic associé de trouble dépressif moyen sans syndrome somatique. Il a estimé que la capacité de travail dans une activité adaptée était nulle de la mi-mars 2016 jusqu'en juin 2016 pour raison psychiatrique, que la capacité de travail était entière en juillet et août 2016, dès lors que l'assuré avait été en mesure de se rendre en vacances au [...] en conduisant une voiture automatique pendant au moins 1 heures et demie et qu'une recrudescence de l'état dépressif s'était ensuite installée avec une capacité de travail de 50% dans une

activité adaptée de septembre 2016 à avril 2017, date du rapport d'expertise.

Le SMR a conclu, dans un rapport du 1^{er} juin 2017, que le rapport d'expertise du Dr G._____ pouvait être suivi « faute de mieux » mais qu'il restait toutefois perplexe quant à l'incapacité de travail de 75% dès septembre 2016 alors que les diagnostics retenus dans le rapport précité n'étaient pas de nature incapacitante.

Par projet de décision du 15 novembre 2017, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière dès le 1^{er} septembre 2013, sa capacité de travail étant nulle du 14 octobre 2011 au 30 juin 2016 dans toute activité puis de 100% dans une activité adaptée en juillet et août 2016 et enfin de 25% dès septembre 2016, correspondant à un degré d'invalidité de 77%.

Le 8 décembre 2017, l'assuré a émis des objections, complétées le 12 janvier 2018, quant à la capacité de travail (100% en juillet et août 2016) et au degré d'invalidité (passant de 100% à 77%) retenus par l'OAI.

Par avis du 27 janvier 2018, le SMR a estimé que l'expertise du Dr G._____ était probante et qu'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée de juillet à septembre 2016 était tout à fait possible, tout en s'étonnant de la capacité de travail de 25% retenue dès septembre 2016 et tout en rappelant qu'un trouble dépressif, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, n'était pas incapacitant au sens de la loi sur l'assurance-invalidité. Le SMR précisait qu'en cas de doutes, une nouvelle expertise psychiatrique devrait être mise en œuvre.

Le service juridique de l'OAI a jugé, quant à lui, dans un avis du 31 mai 2018, que l'expertise du Dr G._____ présentait des imprécisions, en particulier en ce qui concernait l'amélioration transitoire de deux mois de la capacité de travail entre juillet et août 2016 et la nouvelle incapacité de travail dès septembre 2016 qui n'était pas motivée.

Il a conclu à la nécessité de mettre sur pied une nouvelle expertise psychiatrique.

Celle-ci a été confiée au Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu un rapport le 5 novembre 2018 cosigné par la psychologue H._____. Ceux-ci ont retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique (F33.11) depuis juillet 2016 jusqu'au jour de l'expertise et, entre mars 2014 et juin 2016, des troubles de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive (F43.22) ayant évolué vers un trouble dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail le diagnostic probable de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs (F54) ainsi que des traits de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse (Z73.1). Ils ont en revanche considéré le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4) comme peu probable. Les limitations fonctionnelles psychiatriques de l'expertisé (tristesse modérée en fonction des douleurs présente la plupart de la journée, intolérance au stress avec impulsivité, difficultés de concentration subjectives, fatigue objective dans le sens d'un ralentissement psychomoteur modéré, sans aboulie, sans isolement social total mais partiel avec la possibilité de garder sa petite-fille deux fois par semaine et de conduire la voiture avec des vacances possibles depuis juillet 2016) ont été considérées comme modérées chez un assuré qui gérait son quotidien dans toutes les activités légères physiquement et qui ne nécessitait pas de prise en charge psychiatrique hebdomadaire mais uniquement bimensuelle. L'expert a ainsi conclu à une incapacité de travail de 100% dans toute activité de mars 2014 à juin 2016 et de 50% sans baisse de rendement dans toute activité depuis juillet 2016.

Par avis du 16 janvier 2019, le SMR a indiqué qu'il fallait suivre les conclusions du Dr C._____.

Dans un rapport final du 8 octobre 2019, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a admis que les limitations fonctionnelles retenues n'étaient pas en adéquation avec l'activité habituelle de chauffeur privé tant au niveau relationnel que de la disponibilité (50%). Il a mentionné comme activités adaptées celles de chauffeur pour une école ou de bus ou encore une activité légère dans le domaine de la production ou des services. L'activité de chauffeur privé n'étant pas exigible, le revenu avec invalidité a été calculé sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique. Après comparaison des revenus sans et avec invalidité, il en résultait un degré d'invalidité de 57.40% à partir du 1^{er} octobre 2016.

Par projet de d'acceptation de rente du 15 octobre 2019, annulant le projet du 15 novembre 2017, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière dès le 1^{er} septembre 2013 puis d'une demi-rente dès le 1^{er} octobre 2016.

Le 20 novembre 2019, l'assuré a formulé des objections au projet précité, arguant que l'OAI n'avait pas à s'écarter du projet de décision de 2017 qui retenait un degré d'invalidité de 100% puis de 77% et étant d'avis que le degré d'invalidité de 57.40% retenu dans le nouveau projet de rente ne se fondait sur aucun élément objectivable.

L'assuré a complété ses objections par courrier du 23 janvier 2020 auquel étaient joints divers documents dont des certificats médicaux et une décision du Service de l'emploi d'inaptitude au placement à compter du 5 novembre 2019.

Dans un avis du 23 mai 2020, le SMR a confirmé la capacité de travail de 50% retenue dans une activité adaptée depuis juillet 2016 et a proposé de tenir compte des limitations fonctionnelles rhumatologiques (éviter les positions assise/debout prolongées, marche sur les terrains irréguliers, escaliers, positions en porte-à-faux, accroupissement, port de

charges), ce qui aboutissait à une capacité de travail toujours nulle dans l'activité habituelle au vu également des limitations psychiatriques.

Dans une communication interne du service de réinsertion professionnelle du 22 juin 2020, il était précisé que l'analyse de la situation restait valable et que les activités proposées étaient adaptées aux limitations fonctionnelles.

Le 2 juillet 2020, l'OAI a adressé, d'une part, à la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (CCVD) la motivation de la décision à intervenir qui confirmait le projet du 15 octobre 2019 et, d'autre part, à l'assuré, une prise de position reprenant les éléments développés dans la motivation.

Par décision du 21 juillet 2020, l'OAI, par l'intermédiaire de la CCVD, a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} août 2020, avec la précision que la décision pour la période rétroactive du 1^{er} septembre 2013 au 30 septembre 2016 lui parviendrait ultérieurement. Cette décision, par laquelle l'OAI, par le biais de la CCVD, a octroyé à l'assuré une rente entière du 1^{er} septembre 2013 au 30 septembre 2016 et une demi-rente du 1^{er} octobre 2016 au 31 juillet 2020, a été établie le 18 août 2020.

B. Par acte du 14 septembre 2020, l'assuré, représenté par son conseil, a recouru contre les décisions précitées, en concluant, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire et, principalement, à l'annulation des décisions des 21 juillet et 18 août 2020, la cause étant renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a en substance fait valoir qu'il ne disposait pas, comme le retenait l'intimé, d'une capacité de travail résiduelle de 50% tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée depuis juillet 2016 conduisant à l'octroi d'une demi-rente (au lieu d'une rente entière) dès octobre 2016.

Par réponse du 20 novembre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours, rappelant qu'il s'était fondé en particulier sur le rapport d'expertise orthopédique du 8 janvier 2015, rendu à la demande de l'assureur-accidents, et du rapport d'expertise psychiatrique du 5 novembre 2018 pour conclure à une capacité de travail nulle du 14 octobre 2011, date de l'accident, jusqu'à fin juin 2016, puis de 50% dès juillet 2016 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Il estimait ainsi que la mise en œuvre de nouvelles mesures d'instruction ne se justifiait pas.

Répliquant le 15 janvier 2021, le recourant a confirmé les conclusions prises dans son recours du 14 septembre 2020, en relevant qu'il existait des divergences profondes entre les médecins mandatés par l'OAI et les praticiens qui le traitaient régulièrement et que, contrairement à ce qu'avait retenu l'intimé, sa santé s'était péjorée depuis le 1^{er} septembre 2013 (recte 2016), si bien que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire s'avérait nécessaire.

Par duplique du 5 février 2021, l'intimé a maintenu sa position, en relevant que les avis des médecins traitants du recourant ne permettaient pas de remettre en cause la valeur probante des expertises réalisées.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; 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 al. 1 let. a de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant de continuer à bénéficier d'une rente entière au-delà du 30 septembre 2016, autrement dit sur le point de savoir s'il y a eu amélioration de son état de santé depuis le mois de juillet 2016 comme le soutient l'intimé, justifiant une diminution des prestations (demi-rente), à compter du mois d'octobre 2016.

3. Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d).

Les mêmes règles sont applicables lorsque dans une situation analogue, l'office de l'assurance-invalidité procède en deux temps après la procédure de préavis, comme cela est fréquemment le cas: d'abord en fixant le droit aux prestations pour la période courante, dans une première décision formelle ; ensuite en fixant la rente pour la période précédente, dans une seconde décision formelle. Cette procédure permet de verser rapidement les prestations courantes et de laisser à la caisse de

compensation le temps de calculer les prestations dues à titre rétroactif, en capital et intérêts, déduction faite des prestations compensées avec celles d'autres assureurs sociaux ou de tiers ayant versé des avances (cf. art. 71 LPGA ; art. 85bis RAI). Toutefois, même si l'assuré ne recourt que contre la première décision, le juge peut revoir le bien-fondé de la seconde décision relative à l'allocation de prestations pour une période antérieure.

En l'occurrence, le recours est dirigé contre les deux décisions rendues par l'intimé, soit celle concernant la rente à partir du 1^{er} août 2020 datée du 21 juillet 2020 et celle concernant la période du 1^{er} septembre 2013 au 31 juillet 2020 datée du 18 août 2020.

4. 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).

Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

5. 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).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat

thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; arrêt I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2).

c/aa) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées).

bb) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, 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).

cc) 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 l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré 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 l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il 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 l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré 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).

6. a) En l'espèce, l'intimé s'est fondé, au niveau médical, sur le rapport d'expertise du Dr P. _____ du 8 janvier 2015 ainsi que sur celui du Dr C. _____ du 5 décembre 2018 pour considérer que la capacité de travail du recourant était nulle dans toute activité depuis la date de

l'accident survenu le 14 octobre 2011 jusqu'au 30 juin 2016, puis de 50% à compter du 1^{er} juillet 2016 dans une activité adaptée.

b/aa) Sur le plan somatique, le Dr P._____ a retenu les diagnostics d'entorse du genou droit avec rupture du ligament croisé antérieur (LCA) et méniscectomie partielle sélective du ménisque interne, de probable trouble somatoforme douloureux à confirmer par un expert psychiatre, d'obésité, d'hypertension artérielle et de syndrome d'apnée du sommeil traité. Il a en particulier relevé que si l'imagerie était compatible avec une algoneurodystrophie du genou droit, celle-ci était objectivement peu marquée, comme l'attestait la clinique où il n'y avait pas d'œdème, pas de rougeur, pas de chaleur, mais uniquement des douleurs et une amyotrophie relativement modérée de la jambe droite alors que la mobilité était catastrophique et les plaintes extrêmement marquées. Son avis rejoignait en ce sens ceux des experts du Centre d'expertises B._____ quant à l'évolution inhabituelle, au status discordant et aux plaintes sans rapport avec les éléments objectifs, l'ensemble étant typique d'une exagération des plaintes et d'une autolimitation massive. Le Dr P._____ n'avait aucune explication orthopédique permettant d'expliquer le tableau clinique présenté par le recourant, relevant encore une fois que si une algoneurodystrophie retenue dans le contexte des suites de l'accident, soit liée au traumatisme et à l'intervention chirurgicale, celle-ci restait modeste, tant sur le plan clinique que scintigraphique. Il a enfin noté que l'ensemble du tableau clinique visualisé lors de l'expertise contrastait manifestement avec des éléments pour lesquels le recourant ne répondait pas, comme la conduite de son véhicule jusqu'au [...]. L'expert a ainsi conclu à un diagnostic de trouble somaforme, celui-ci devant toutefois être confirmé par un expert psychiatre et à une capacité de travail totale sur le plan orthopédique dans une activité de chauffeur privé en date de l'expertise.

A noter que dans leur rapport d'expertise bidisciplinaire (orthopédique et neurologique) du 13 juin 2014, les experts du Centre d'expertises B._____ avaient également posé le diagnostic de lombalgies sur troubles dégénératifs disco-vertébraux pluri-étagés avec

hernie discale L3-L4 luxée vers le bas, mais sans évidence anamnestique, clinique et électromyographique de compression radiculaire certaine. Ils avaient conclu que ces troubles dégénératifs lombaires et les lombalgies en eux-mêmes ne justifiaient pas d'incapacité significative de travail. Cette appréciation a été reprise par le Dr P._____ qui a relevé que le recourant se plaignait de son dos, mais pas spontanément, uniquement sur demande, sous forme de lombalgies basses, un peu constantes, et qui n'a pas retenu de limitations fonctionnelles en lien avec cette atteinte. L'examen clinique révélait un bassin et des épaules à niveau, des apophyses épineuses alignées au fil à plomb en position debout et assise, une palpation et une percussion des épineuses indolores, une bonne musculature du rachis lombaire dorsal, ainsi qu'une mobilité de la nuque physiologique pour l'âge. Seule la distance doigts-sol était instable, en raison de la quasi-impossibilité de l'assuré de se pencher en avant en position bipodale.

En l'occurrence, force est de constater que le rapport d'expertise du Dr P._____ remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Il contient en particulier une anamnèse détaillée, tient compte des plaintes de l'expertisé et fait état d'un examen clinique complet. Le Dr P._____ a également procédé à une appréciation du cas en tenant compte du contexte médical et a posé des diagnostics tout en les nuancant dans leur gravité et en expliquant pour quelles raisons. Il a en outre tenu compte des rapports de la Clinique Q._____ ainsi que de l'expertise du Centre d'expertises B._____. Les seuls avis médicaux postérieurs à l'expertise sont ceux des Drs J._____ et F._____ du Département A._____. Or le Dr J._____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail exigible de la part du recourant sur le plan somatique. Quant au Dr F._____, il a certes conclu à une capacité de travail nulle dans toute activité mais n'a aucunement motivé son appréciation.

bb) Sur le plan psychiatrique, on rappellera qu'une première expertise avait été réalisée par le Dr G._____. Dans son rapport du 26 avril 2017, il avait posé le diagnostic de trouble somatoforme sous-type

trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques, précisant que ce diagnostic était fondé sur une exagération de la symptomatologie de la part de l'assuré et que la capacité de travail était de 100% depuis fin juin 2013 (date de son retour à domicile après les deux séjours effectués à la Clinique Q._____). Le Dr G._____ avait également posé le diagnostic associé de trouble dépressif moyen sans syndrome somatique, survenu à son avis, après le développement du trouble somatoforme. Selon lui, l'assuré avait présenté une symptomatologie dépressive sévère à partir de la mi-mars 2014, justifiant une incapacité de travail totale dans une activité de chauffeur mais adaptée de la mi-mars 2014 jusqu'en juin 2016 pour raison psychiatrique, puis une capacité de travail de 100% entre juillet et août 2016, l'assuré ayant été en mesure de sortir de chez lui pour partir en vacances au [...] et de conduire une voiture automatique durant 90 minutes au minimum, et enfin une capacité de travail de 50% face à une recrudescence de l'état dépressif depuis septembre 2016 jusqu'au mois d'avril 2017, date de l'expertise. L'expert avait précisé que malgré les critères évoqués pour la capacité de travail, le rendement de l'assuré était de 50% environ. Les limitations fonctionnelles en fonction des troubles constatés pouvaient se manifester par une diminution de rendement, des angoisses, des difficultés à se concentrer dans ses tâches quotidiennes, une diminution de l'attention, un sentiment de culpabilité, de ne pas être à la hauteur et des idées noires.

Face aux doutes quant aux conclusions du Dr G._____, en particulier l'amélioration transitoire de deux mois (juillet et août 2016) et la recrudescence, non motivée, de l'état dépressif dès septembre 2016 conduisant à une capacité de travail de seulement 25%, l'OAI a estimé nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique qu'elle a confiée au Dr C._____. Dans son rapport du 5 novembre 2018, ce médecin a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique (F33.11) depuis juillet 2016 jusqu'à la date de l'expertise. Entre mars 2014 et juin 2016, il a retenu des troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22) ayant évolué vers un trouble dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques (F33.2).

Il a mentionné le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4) comme peu probable, de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs (F54) comme probable, les indices jurisprudentiels de gravité étant partiellement remplis uniquement lorsque les troubles dépressifs récurrents moyens étaient pris en compte depuis juillet 2016. Il a encore retenu des traits de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse (Z73.1), tout en relevant que ce trouble n'avait pas empêché l'expertisé d'exercer une activité à 100% dans le passé, ni la gestion adéquate du quotidien en dehors des troubles dépressifs récurrents précités. Au jour de l'expertise et depuis juillet 2016, le Dr C._____ a retenu des limitations fonctionnelles psychiatriques modérées dans le sens d'une tristesse modérée en fonction des douleurs présente la plupart de la journée, d'une intolérance au stress avec impulsivité, de difficultés de concentration subjectives, l'assurant pouvant gérer son quotidien du moment qu'il ne s'agissait pas de tâches lourdes physiquement, d'une fatigue objective avec ralentissement psychomoteur modéré, sans aboulie, sans isolement social, mais partiel et avec la possibilité de garder sa petite-fille deux fois par semaine, de conduire la voiture et de partir en vacances depuis juillet 2016. L'expert C._____ a confirmé l'épisode dépressif récurrent moyen retenu par l'expert G._____ et l'épisode dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques décrit par la psychiatre traitant dans le passé et sous-entendu par le premier expert qui avait retenu un état plus grave en 2015, avec une incapacité de travail totale en 2015. Il n'a toutefois pas retenu un trouble dépressif récurrent sévère constant comme le psychiatre traitant selon les critères diagnostiques de la CIM-10, mais aussi selon la journée type chez un assuré qui pouvait conduire la voiture, garder sa petite-fille deux fois par semaine, lire, partir en vacances. Il a également relevé l'absence d'hospitalisation en psychiatrie depuis juillet 2016, le suivi psychiatrique bimensuel et non hebdomadaire comme auparavant et l'absence de changement récent d'antidépresseur, éléments qui plaident aussi indirectement en faveur d'un épisode dépressif moyen et pas sévère. Il a encore précisé que la décompensation ponctuelle des traits de personnalité émotionnellement labile avait pu

donner naissance dans le passé à des idées suicidaires actives en 2015 et pouvait faire penser à des troubles dépressifs récurrents sévères, de même que la décompensation des traits de personnalité anxieuse pouvait faire penser à des troubles anxieux spécifiques mais sans que les critères temporels et d'intensité selon la CIM-10 ne soient remplis. En outre, les limitations fonctionnelles étaient modérées et pas majeures, chez un assuré qui gérait son quotidien dans toutes les activités légères physiquement et qui ne nécessitaient pas de prise en charge psychiatrique hebdomadaire mais seulement bimensuelle. Le Dr C. _____ a ainsi conclu à une capacité de travail, tant dans l'activité habituelle de chauffeur que dans une activité adaptée, de 50% sans baisse de rendement depuis juillet 2016 jusqu'à la date de l'expertise, précisant que la capacité de travail avait été nulle entre mars 2014 et juin 2016.

c/aa) Le recourant soutient qu'il ne conduit la voiture qu'occasionnellement pour se rendre à ses rendez-vous médicaux et pour emmener son épouse faire des commissions et qu'il garde sa petite-fille uniquement les mercredis après-midis mais que la durée effective de la garde sous sa responsabilité est au maximum d'une heure trente dès lors que son épouse s'en occupe lorsqu'elle rentre du travail à 13h30, si bien que l'on ne peut déduire de ces éléments une amélioration de son état de santé. Ce n'est cependant pas ce qui ressort du rapport d'expertise du Dr C. _____, tant en ce qui concerne la conduite de la voiture que la garde de sa petite-fille. Le recourant a en effet indiqué à l'expert qu'il se déplaçait en voiture sans difficultés, notamment pour faire les courses et qu'il gardait sa petite-fille les mardis et les vendredis soir après l'école également sans difficultés (cf. p. 27 du rapport d'expertise précité). Or en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations » ou déclarations de la première heure), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6). Le recourant avait du reste déjà été interpellé, quant aux déclarations contradictoires qu'il avait faites

lors de l'expertise réalisée au Centre d'expertises B._____ et qui ne correspondaient pas au comportement adopté, dans le cadre d'un entretien avec un représentant de l'assureur-accidents durant lequel il avait reconnu avoir menti. Dans pareilles circonstances, on retiendra que le recourant conduit régulièrement la voiture et qu'il garde sa petite-fille deux fois par semaine comme il l'a mentionné lors de l'expertise du Dr C._____. De plus, ce n'est pas tellement le fait qu'il parte en vacances au [...] qui tendrait à faire penser à une amélioration de son état de santé mais plutôt le fait qu'il ait pu conduire sur une certaine distance sans rencontrer de problèmes particuliers. Les arguments qu'il avance sur ce point dans son recours ne sauraient ainsi être retenus.

C'est aussi le lieu de relever que le recourant semble admettre lui-même une amélioration de son état de santé depuis le mois de juillet 2016, si l'on s'en tient aux propos retranscrits par l'expert C._____. En effet, ce médecin a noté dans la rubrique « plaintes sur demande » que l'expertisé signalait une faible estime de lui sans idées de culpabilité et expliquait que son état dépressif était encore pire entre mars 2014 et juin 2016, quand ses idées noires étaient actives et qu'il n'avait plus aucun plaisir avec un isolement sociale total, qui était au jour de l'expertise seulement partiel (cf. p. 20 du rapport d'expertise du 5 novembre 2018). Plus loin dans le rapport, l'expert a indiqué que l'examiné avait fait mention d'un deuxième épisode dépressif sévère entre mars 2014 et juin 2016 lorsqu'il n'avait plus aucun plaisir et pas de contacts sociaux, avec une évolution positive depuis la mise en place du suivi psychiatrique, surtout depuis juillet 2016 jusqu'à la date de l'expertise (cf. p. 21 du rapport d'expertise précité).

bb) Le recourant fait également valoir qu'il souffre non seulement d'affections psychiatriques mais également de différents problèmes physiques (en particulier d'une hypertension artérielle et d'un syndrome d'apnée du sommeil). Or ceux des affections sont traitées et n'ont ainsi pas été jugées incapacitantes.

Force est ainsi d'admettre que le rapport d'expertise conséquent de 56 pages du Dr C._____ a pleine valeur probante. Celui a

en effet été rendu après une analyse fouillée du dossier du recourant, des examens complets et tient compte des plaintes formulées par celui-ci. Il contient une anamnèse détaillée du recourant et un résumé de toutes les pièces médicales utiles figurant au dossier. Enfin, la situation médicale du recourant a été appréciée dans sa globalité et de manière claire par l'expert, et les conclusions bien motivées. S'agissant plus particulièrement de l'appréciation des troubles psychiatriques, on relèvera que le Dr C._____ a non seulement posé des diagnostics dans les règles de l'art mais qu'il a procédé à un examen de la personnalité du recourant, de ses ressources, et qu'il a pu apprécier la gravité de ses atteintes au moyen des indices jurisprudentiels applicables en la matière. Il s'est également penché sur l'indicateur de cohérence. On constate en outre qu'aucun avis médical figurant au dossier ne permet de remettre en cause les conclusions du Dr C._____. D'ailleurs, le recourant argue d'une divergence d'opinions entre les praticiens mandatés par l'intimé et les médecins qui le suivent, ce qui justifierait la mise en place d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Il ne mentionne toutefois aucun de ces médecins et ne précise pas en quoi leurs avis divergent de ceux des experts mandatés par l'intimé. Il mentionne tout au plus consulter la Dre K._____ à raison d'une fois par semaine ainsi qu'un physiothérapeute hebdomadairement mais ne produit aucune pièce apportant des éléments médicaux nouveaux depuis l'expertise réalisée par le Dr C._____, dont celui-ci n'aurait pas tenu compte, hormis des certificats médicaux des Dres K._____ et T._____ attestant d'incapacités de travail à 100%, impropres à remettre en question les conclusions de l'expert précité.

cc) Le recourant fait encore valoir que l'OAI considère à tort et de manière surprenante que son activité habituelle de chauffeur est exigible au même taux de 50% qu'une activité adaptée, tenant compte de ses affections. Or l'activité de chauffeur ne permettrait pas une alternance des positions assise/debout prolongées.

Certes dans un avis du 23 mai 2020, le SMR a indiqué qu'il fallait tenir compte des limitations rhumatologiques du recourant, soit éviter les positions assise/debout prolongées, la marche sur les terrains

irréguliers, les escaliers, les positions en porte-à-faux, l'accroupissement et le port de charges, ce qui aboutissait à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, mais celui-ci perd de vue que le service de réinsertion professionnelle a justement estimé dans ce cadre que l'activité de chauffeur privé comme exercé jusqu'à l'accident n'était plus exigible. Il a toutefois considéré qu'une activité de chauffeur adaptée (par exemple comme chauffeur d'école ou de bus) le restait. Le service précité ne s'est cependant pas arrêté à cette activité et a suggéré d'autres activités légères notamment dans le domaine de la production ou des services qui étaient exigibles de la part du recourant. Ainsi, plusieurs activités compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant ont été citées par le service de réinsertion professionnelle en plus de l'activité de chauffeur sous une forme adaptée, si bien que l'argument du recourant tombe à faux.

dd) Le recourant relève enfin qu'il s'est adressé à la caisse de chômage dans le but de reprendre une activité et que cette caisse l'a considéré comme inapte au placement depuis le 5 novembre 2019, date de son inscription, dans une décision qu'il a rendue le 9 décembre 2019.

Or la décision d'inaptitude au placement n'est pas déterminante pour se prononcer sur la capacité de travail du recourant, dans la mesure où elle se fonde uniquement sur les certificats médicaux des médecins traitants sans examen médical approfondi. Ces certificats médicaux émanant des médecins traitants sont, comme on l'a vu, insuffisants pour remettre en cause les conclusions des experts qui ont procédé à une analyse fouillée et à une appréciation globale de la situation médicale du recourant. L'argument de celui-ci doit ainsi être écarté.

d) En définitive, c'est à bon droit que l'intimé a considéré, en se fondant sur le rapport d'expertise du Dr C. _____ du 5 novembre 2018, qu'il y avait eu une amélioration de l'état de santé du recourant au plan psychique à partir du mois de juillet 2016 conduisant à une

diminution de sa rente (passage d'une rente entière à une demi-rente) dès le 1^{er} octobre 2016, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI.

7. Le recourant ne remet pas en cause la méthode de calcul utilisée par l'intimé pour calculer le degré d'invalidité, ni les chiffres retenus à titre de revenu sans et avec invalidité. Il n'a pas non plus formulé de grief à l'encontre du taux d'abattement retenu. Vérifié d'office, le calcul opéré par l'intimé ne prête pas le flanc à la critique et peut être confirmé.

8. a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 et 125 I 127 consid. 6c/cc ; TF 8C_660/2015 du 24 février 2016 consid. 4.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d, 119 V 335 consid. 3c et 104 V 209 consid. a ; TF 8C_372/2014 du 12 mai 2015 consid. 4.3).

b) En l'espèce, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant, à savoir d'ordonner une expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée.

9. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et les décisions entreprises confirmées.

b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** Les décisions rendues les 21 juillet 2020 et 18 août 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, par l'intermédiaire de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, sont confirmées.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de N._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Laurent Damond (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :